

FAÇULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1923 - 1924 — N° 94

La PRATIQUE de l'HYGIÈNE SOCIALE

et

l'ACTION MÉDICALE en TUNISIE

(Essai d'Hygiène Sociale)

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 10 Avril 1924

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Maurice MONNERY 

Ex-Interne de l'Hôpital Civil Français de Tunis

né à LYON (Rhône) le 15 Janvier 1893



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

Téléphone 63-56

—
1924

L'ŒUVRE MÉDICO-LÉGALE
EN TUNISIE

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1923-1924 — N° 94

La PRATIQUE de l'HYGIÈNE SOCIALE

et

l'ACTION MÉDICALE en TUNISIE

(Essai d'Hygiène Sociale)

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 10 Avril 1924

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Maurice MONNERY 

Ex-Interne de l'Hôpital Civil Français de Tunis

né à LYON (Rhône) le 15 Janvier 1893



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

Téléphone 63-66

—
1924

PERSONNEL DE LA FACULTE

Doyen honoraire..... **MM. H. HUGOUNEQ.**
Doyen **J. LEPINE.**
Assesseur **ROQUE.**

PROFESSEURS HONORAIRES

**MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, BEAUVISAGE,
LACASSAGNE, TESTUT, FLORENCE (A.), TEISSIER.**



PROFESSEURS

Cliniques médicales.....	MM. BARD.
Cliniques chirurgicales.....	ROQUE.
Clinique obstétricale et Accouchements.....	TIXIER.
Clinique ophtalmologique.....	BERARD.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	COMMANDEUR.
Clinique neurologique et psychiatrique.....	ROLLET.
Clinique des maladies des enfants.....	NICOLAS.
Clinique des maladies des femmes.....	LEPINE (J.)
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	WEILL.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	VILLARD.
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie.....	LANNOIS.
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie.....	ROCHET.
Chimie biologique et médicale.....	NOVE-JOSSERAND
Chimie organique et Toxicologie.....	CLUZET.
Matière médicale et Botanique.....	HUGOUNEQ.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....	MOREL.
Anatomie.....	BRETIN.
Histologie.....	GUIART.
Physiologie.....	LATARJET.
Pathologie Interne.....	POLICARD.
Pathologie et Thérapeutiques générales.....	DOYON.
Anatomie pathologique.....	COLLET.
Chirurgie opératoire.....	MOURIQUAND.
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie.....	PAVIOT.
Médecine légale.....	X.
Hygiène.....	ARLOING (F.).
Thérapeutique, hydrologie et climatologie.....	Etienne MARTIN.
Pharmacologie.....	COURMONT (P.).
	X.
	PIC.

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe.....	MM. VALLAS.
— — — Propédeutique de gynécologie.....	CONDAMIN.
— — — Chimie minérale.....	BARRAL.
— — — Urologie.....	GAYET.

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Anatomie topographique.....	MM. PATEL.
Orthopédie.....	LAROYENNE.
Puériculture et hygiène de la première enfance.....	CHATIN.
Chirurgie expérimentale.....	LERICHE.
Stomatologie.....	TELLIER.

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER.	COTTE.	CORDIER (V.).	MAZEL.
THEVENOT Léon.	DUROUX.	ROUBIER.	SANTY.
GARIN.	TRILLAT.	FAVRE.	DUNET.
SAVY.	SARVONAT.	BONNET.	CHALIER (André).
FROMENT.	FLORENCE (G.).	RHENTER.	CHALIER (Joseph).
THEVENOT (Lucien)	ROCHAIX.	LEULIER.	NOEL.
PIERY.			CORDIER (Pierre).

M. BAYLE, secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THESE

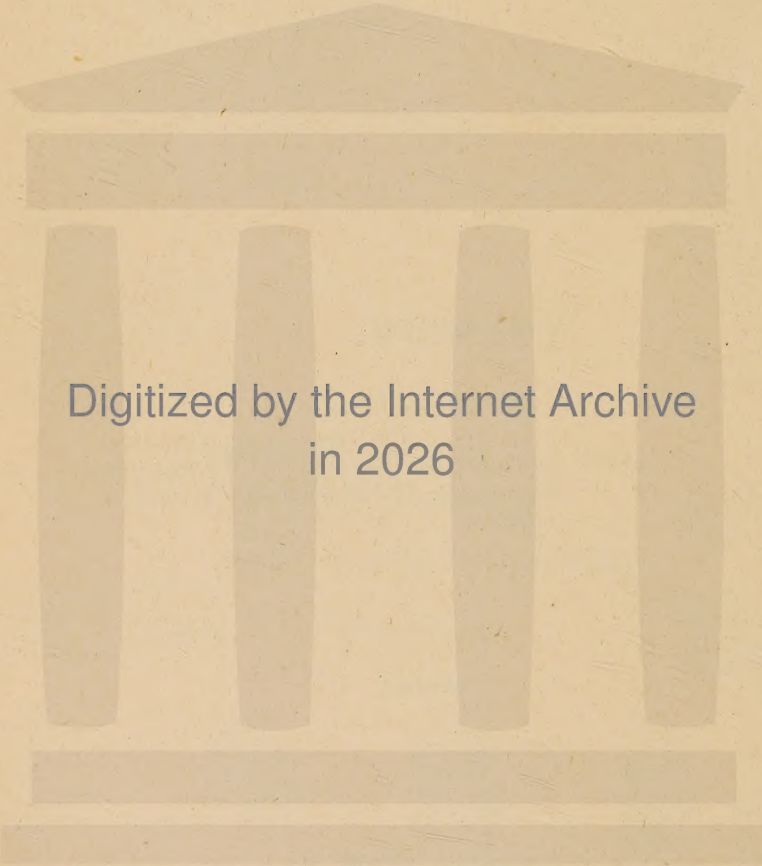
**MM. COURMONT, président ; GARIN, assesseur ;
THÉVENOT Lucien et ROCHAIX, agrégés.**

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MA FEMME

Je dédie ma thèse.

Ce m'est une douce joie d'inscrire
son nom au début de cet ouvrage en
témoignage de ma profonde et sincère
affection.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A mes sentiments affectueux et filiaux,
à l'immense dette de reconnaissance
qui me lient à lui, s'ajoute le respect de
son noble exemple et mon cœur garde
pieusement le culte de son souvenir.

A MA MÈRE

Qu'elle veuille bien trouver ici le gage
de ma tendresse et de ma vénération.

A MON FRÈRE

A MA BELLE-SŒUR

A LA MÉMOIRE DE MON ARRIÈRE GRAND-PÈRE

AUGUSTE BRAVARD

Ancien élève de l'Ecole Royale des Mines

Inspecteur Général des Mines de la République Argentine

A MA TANTE

MEIS ET AMICIS

A MES MAITRES

DES HOPITAUX ET DE LA FACULTÉ

A MES CAMARADES D'INTERNAT

DE L'HOPITAL CIVIL FRANÇAIS DE TUNIS

AUX MÉDECINS DE COLONISATION

DE TUNISIE

Pionniers audacieux et héroïques ;
ils ont défriché le terrain, établi les
bases de l'Assistance Médicale et de
l'Hygiène au pays du Protectorat ; prê-
chant l'exemple par des efforts quoti-
diens, soucieux de faciliter la tâche à
leurs successeurs et de leur léguer un
héritage conquis au sacrifice de leur
santé et de leur vie.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ E. DUROUX.

Chirurgien de l'Hôpital de Sainte-Foy-lès-Lyon

Chevalier de la Légion d'Honneur

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR PAUL COURMONT

Professeur d'Hygiène à la Faculté de Lyon

Directeur de l'Institut Pasteur de Lyon

Médecin des Hôpitaux

Officier de la Légion d'Honneur

Hommage de notre vive reconnaissance pour le grand honneur qu'il nous fait en acceptant la Présidence de notre thèse.

A MES JUGES

L'ŒUVRE MÉDICO-SOCIALE EN TUNISIE

Avant-Propos.

Parvenu au terme de nos études médicales et au moment de soutenir notre thèse inaugurale, il nous est une douce obligation et un agréable devoir que de témoigner notre gratitude à tous ceux : maîtres ou amis qui nous ont porté de l'intérêt et dont l'expérience et les conseils nous ont été précieux.

Notre reconnaissance ira tout d'abord au Docteur Chaurand, médecin de colonisation à Kairouan, médecin de l'Hôpital Ibn-El-Djezzar, du Dispensaire Borricaud et de la Goutte de Lait, qui nous suggéra l'idée de cette thèse et nous fit bénéficier de sa longue expérience, de ses recherches et de ses observations au cours de dix ans d'exercice au pays de la Régence.

Nous avons aussi une dette particulière de reconnaissance envers tous nos maîtres de la Faculté et des Hôpitaux de Lyon, qui nous initièrent aux premiers rudiments d'un Art aussi complexe, nous le firent aimer malgré ses difficultés et ses déboires, nous encouragèrent de leurs conseils et de leurs exemples à nos moments de défaillance.

Au Professeur Agrégé Duroux, iront aussi nos sentiments de profonde gratitude : Chef de Clinique du Professeur Jaboulay, il voulut bien nous honorer de sa bienveillante protection et de ses conseils à nos débuts dans les Services hospitaliers. Après la guerre, Chef du Service chirurgical et Chirurgien chef de l'Hôpital de Sainte-Foy-lès-Lyon, il nous appela auprès de lui, où nous fûmes son interne et son assistant.

A nos maîtres de l'Hôpital Civil Français de Tunis, nous sommes redevable du bienveillant accueil qu'ils nous réservèrent dans leur service, où notre internat, grâce à leur enseignement nous fut aussi agréable que fructueux.

A tous ceux qui voulurent bien nous aider dans une tâche aussi touffue que délicate, à tous ceux qui contribuèrent à l'élaboration de notre thèse, nous tenons à exprimer ici toute notre reconnaissance.

Nous ne saurions omettre le Docteur H. Diacono, directeur du laboratoire régional de Sousse, qui mit à notre disposition, les fruits de son expérience et de son travail, nous communiqua les résultats qu'il a obtenus dans la lutte antisyphilitique qu'il commença il y a deux ans déjà. Nous lui sommes redevable d'une précieuse documentation et nous sommes heureux de lui en adresser publiquement tous nos remerciements.

Que M. le Professeur Paul Courmont veuille bien nous permettre de lui exprimer ici toute notre gratitude pour le grand honneur qu'il nous fait de présider notre jury.

Ayant eu l'occasion, à deux reprises, de remplacer un confrère dans un grand centre de l'intérieur tunisien, où, les mœurs et les coutumes indigènes — toutes édictées et réglées par le Coran ou le Talmud — ont gardé leur intégrité et leur observance scrupuleuse, ayant approché les populations du bled et vécu de leur vie journalière et intime, il nous a paru intéressant à l'heure où, tout esprit, soucieux de l'extension des Idées françaises, se préoccupe de leur diffusion au dehors de la métropole, d'étudier l'œuvre médico-sociale en Tunisie.

Suivre ses efforts, ses initiatives croissantes entreprises pour la sauvegarde de la race, en constater les heureux effets comme les lacunes et envisager, comparativement à celles qui existent actuellement, les mesures qu'il y aurait lieu de prendre pour que tant d'efforts dignes de tous éloges, mais encore dispersés et partant d'efficacité temporaire et restreinte, puissent donner leur meilleur rendement, tel sera l'objet de notre thèse.

Après des considérations générales et rapides, mais cependant nécessaires sur la démographie en Tunisie, sur le rôle de l'hygiène et de l'assistance médico-sociale, sur la vie du médecin de colonisation et ses rapports avec l'indigène, nous aborderons les grands fléaux sociaux qui ravagent la Régence.

Nous étudierons, comparativement aux organisations actuellement existantes et, dans certains cas, d'après des expériences qui furent tentées isolément, les moyens d'améliorer le rendement médical et sanitaire.

Nous envisagerons la protection de la femme enceinte et de la première enfance pour sauvegarder la race, enrayer la mortalité infantile.

Nous verrons, ensuite, les facteurs qui font de la syphilis, de la tuberculose, du trachome et du paludisme, des fléaux meurtriers ; nous suggérerons pour chacun d'eux une organisation prophylactique.

L'étude des Décrets du 5 et du 15 mai 1922 sur la nouvelle réglementation de la déclaration des maladies épidémiques et contagieuses et sur les vaccinations obligatoires, nous conduira à envisager la nécessité d'une Direction générale d'hygiène autonome, donc agissante.

Enfin, après un aperçu général sur les réformes à apporter et sur l'organisation d'un plan de campagne médical, nous tirerons nos conclusions.

Nous ne nous leurrions pas, pour une telle étude, il faudrait des qualités d'économiste et de praticien aguerri ; nos connaissances en économie sociale sont bien restreintes, notre expérience médicale toute fraîche, aussi réclamons-nous, d'avance, toute l'indulgence qu'il faut pour excuser la témérité d'un jeune et prions de ne voir en ces pages qu'un essai médico-social, inspiré par un sentiment de pitié et de commisération pour les malheureux indigènes qui peinent, souffrent et meurent dans un pays où le pavillon tricolore doit symboliser, aux yeux de tous, l'Idée réconfortante de Solidarité et de Fraternité.

PREMIÈRE PARTIE

**Considérations générales
sur la Tunisie et sa démographie ;
sur la vie du Médecin de Colonisation
dans ses rapports avec l'Indigène.**

La Tunisie, ce carrefour de races millénaires, proie sans cesse convoitée, modelée au hasard de ses possesseurs par des influences diverses dont chaque empreinte est encore aisément perceptible, apparaît au touriste, en dehors de ses grands centres et de la région du Nord livrée dès la première heure à la colonisation, avec sa diversité de mœurs, son cachet d'exotisme, le mystère de sa vie privée et l'immensité de ses plaines désertes, comme un pays encore nouveau, plein du charme et de l'attrait de l'inconnu, mais réfractaire à notre influence et à notre civilisation.

Au cours de ses randonnées dans la campagne tunisienne, la curiosité de l'étranger sera sans cesse sollicitée par des aspects nouveaux : une mosquée, le tombeau d'un « marabout », les ruines grandioses de l'antique splendeur romaine, l'inconfort des hôtels, les mille tracas inhérents à un pays à communications et transports restreints, retiendront son attention en creusant plus profondément le fossé qui semble nous séparer de l'indigène.

Mais il passera, sans voir les efforts incessants de notre pénétration et de notre influence pour améliorer la situation de nos protégés, leur assurer, par une administration équitable et bienfaisante, confiance et foi en l'avenir.

Il passera, sans se douter que ce Bédouin, fièrement drapé dans ses haillons, est un ancien combattant de la Grande Guerre, médaillé militaire et pensionné, que le bambin, qui le guide au travers du dédale des ruelles, fréquente les écoles franco-arabes, que tous deux connaissent les bienfaits de notre Assistance Médicale et sont les habitués de nos dispensaires, où ils savent trouver auprès du « Tebib Roumi », même dans les régions en apparence désertiques, un soulagement à leurs misères humaines.

I. — La démographie indigène et la mortalité en Tunisie. Ses causes.

§ 1. — Mouvement de la population indigène de 1901 à 1921.

La puissance et la prospérité d'un Etat dépendent du nombre de ses cerveaux et de ses bras, forces capables de créer et de produire, et non de son étendue territoriale. Son intérêt primordial est de trouver et de favoriser les moyens d'accroître le nombre de ses habitants — dans la mesure où ses ressources lui permettront de les employer et de les nourrir — que d'étendre sa superficie.

Or, la Tunisie se dépeuple et se meurt : l'insuffisance de ses artisans et de ses ouvriers laisse son sol, en grande partie, inculte ; ses ressources naturelles ne peuvent être exploitées faute de main-d'œuvre pour les mettre en valeur.

Les chiffres des trois recensements de 1901, 1906, 1921, indiquent une stagnation manifeste dans l'accroissement de la population indigène et par contre une régression importante dans la population globale.

Années	Population globale	Population Indigène
1901	1.906.000	1.800.000
1906	2.265.000	1.600.000
1921	2.093.000	1.889.000

Si pendant les quinze ans qui se sont écoulés entre les deux derniers recensements 1906-1921, la population indigène s'est augmentée de 289.000 unités, soit une progression de $1/5$, elle n'est plus que de $1/20$ si l'on envisage les vingt dernières années 1901-1921.

La population globale régressait notablement, accusant une diminution de 172.000 unités, c'est donc que le courant d'immigration, qui apportait des éléments neufs et venait suppléer à la deffluence des indigènes, subissait un ralentissement ou souffrait lui aussi des mêmes atteintes qui frappaient l'indigène.

§ 2. — La mortalité infantile en Tunisie.

D'autre part, l'Histoire impartiale nous montre à chaque page que les Etats, dont la natalité est décroissante ou même stationnaire, sont voués à ne jouer qu'un rôle économique et politique restreint, à voir, un jour, violer l'intégrité de leurs frontières par une force supérieure.

a) *Statistique.* — Bien que les statistiques démographiques soient actuellement inexistantes, l'absence d'état civil en milieu indigène rendant tout contrôle

impossible, on sait néanmoins que la mortalité et la natalité sont l'une et l'autre très élevées. Si l'on s'en réfère aux inhumations régulièrement inscrites aux cimetières musulmans de Kairouan, on constate que pour les deux années 1922-1923, sur une moyenne de 1.600 décès dûment constatés et enregistrés, on en compte 600 d'enfants de 0 à 13 ans. Nous prenons cet âge comme étant celui de la puberté musulmane et auquel un mariage peut être légalement consenti et autorisé.

Ce chiffre se décompose comme suit :

42 mort-nés ;
258 de 0 à 12 ans ;
300 de 2 à 13 ans.

Ce qui donne un pourcentage de :

37,5 % de mortalité infantile ;
6 % de mortinatalité ;
16,10 % de 0 à 2 ans ;
18,80 % de 2 à 13 ans.

Sur une mortalité globale de 1.600.

Sur la mortalité infantile de 600, c'est-à-dire de 0 à 13 ans, on obtient :

7 % de mort-nés ;
43 % de 0 à 2 ans ;
50 % de 2 à 13 ans.

Ces chiffres nous permettent de constater que pour une période de deux ans seulement, la mortalité de 0 à 2 ans et la mortinatalité sont égales à celle qui porte sur une période de onze ans. Nous nous **empres-**sons d'ajouter au surplus que ces chiffres, qui ne donnent qu'un aperçu restreint et relatif, concernant uniquement le milieu indigène et dans une localité, sont fatalement viciés et inférieurs à la réalité. Car, que d'accouchements clandestins et d'inhumations échappent à tout contrôle, sans compter les avortements qui sont de pratique courante.

Toutefois, pour approximatifs qu'ils soient, ces chiffres coïncident avec ceux fournis par le Bureau d'Hygiène pour Tunis seul, et qui donnent la moyenne de 47 %.

La déclaration des naissances comme des décès étant facultative, il nous est impossible de comparer ces chiffres avec le mouvement des naissances ; toutefois, pour relatives et partielles que soient ces données, elles permettent cependant de constater que la mortalité au jeune âge, de 0 à 2 ans, est très élevée, puisqu'elle comporte à elle seule la moitié des décès infantiles et que ce sont les tous jeunes qui lui paient le plus large tribut.

b) *Ses causes.* — Cette mortalité effrayante tient aux modalités de la vie journalière qui subordonnent les accouchements et les soins aux nourrissons à des habitudes et des coutumes périmées ou funestes, reliquat de préjugés séculaires qui ne sauraient cadrer avec les données expérimentales de la médecine et

de l'hygiène. Elle résulte aussi d'une organisation défectueuse où la future mère et son enfant sont voués à l'abandon et ne relèvent d'aucune protection.

§ 3. — **La mortalité adulte en Tunisie
et les non-valeurs.**

Contrairement à ce que l'on pourrait penser de l'heureuse influence civilisatrice et protectrice de notre intervention en Tunisie, nous voyons des maladies épidémiques et contagieuses y prendre le caractère de véritables fléaux sociaux par l'abondance de leurs victimes. Ils déciment les forces vives, autant par les bras et les producteurs qu'ils suppriment, que par les malheureux infirmes qui en résultent : déchets improductifs dont le pays doit cependant assurer la subsistance, tarés qui viennent grever lourdement une collectivité déjà bien affaiblie.

La syphilis ; la tuberculose qui, loin de rétrocéder, s'est accrue au contraire avec l'intensité des échanges commerciaux et l'immigration étrangère et sous l'influence bien plus néfaste encore de l'alcoolisme que nous avons importé ; le paludisme ; le trachome, dépeuplent la Régence par des coupes sombres qu'ils ouvrent dans les forces vives du pays ou qu'ils tarissent à leurs sources ; tandis que les rescapés vont grossir le nombre des non-valeurs et des improductifs.

II. — **L'Hygiène et l'Assistance médicale sauvegardes de la Race.**

La France, poursuivant sans cesse son but humanitaire, se doit d'apporter à la Régence — qui, fidèle vassale, lui apporta au cours de la grande guerre la contribution de son sang et l'appui de ses bras valides — le secours et les bienfaits de son assistance médico-sociale qui sauvegarderont la race, lui permettront de développer son capital humain, conciliant ainsi son devoir le plus haut et son intérêt le plus immédiat en préservant les populations et en leur assurant la santé et la force par une hygiène raisonnée.

§ 1. — **L'hygiène sociale.**

L'hygiène sociale, se propose précisément, s'inspirant des influences diverses qui retentissent sur l'évolution de l'homme, soit de les adapter, soit de les modifier dans le sens le plus favorable à son évolution physique, intellectuelle et morale. Bien que d'origine relativement récente, sa nécessité se faisant sentir chaque jour plus impérieuse, la question d'hygiène est tombée dans le domaine public et a du coup conquis tous les esprits. Les progrès rapides, qu'elle a faits au cours de ces vingt dernières années, sont le plus sûr garant de l'efficacité de ses résultats.

Procréer, peupler, sauvegarder toutes les énergies vitales d'une nation, les protéger au cours de leur développement pour qu'elles soient constamment aptes à défendre ou à accroître le patrimoine que la société leur a légué, telles sont les fins poursuivies par l'hygiène sociale.

L'esprit, songeant à son rôle prépondérant pour assurer le complet et régulier développement de l'individu et la continuation de l'espèce, reste surpris, en constatant combien elle est encore à l'état embryonnaire au pays du protectorat, n'est-ce donc point la préoccupation de nos gouvernants que de peupler et de sauvegarder toutes les énergies ?

§ 2. — **L'assistance médicale.**

Avant qu'elle n'ait mis au monde son nouveau-né, qui détient toutes les espérances de la famille et de la race, dont la puissance productrice, encore latente mais qui ne demande qu'à se développer et qui, additionnée à celle d'une infinité d'autres, produira une force, la femme enceinte, ce temple mystérieux où s'élabore la vie, est exposée pendant neuf mois à toute une série d'accidents où elle joue son existence et celle de son enfant.

Favoriser, à l'une : une heureuse délivrance, à l'autre : son plein épanouissement, sera du ressort de l'Assistance médicale, mais aussi pour le gouvernement faire preuve de prévoyance et contracter auprès des bénéficiaires une créance qui leur imposera, en

retour, des devoirs vis-à-vis de la société qui les aura protégés.

Les essais, tentés pour enrayer ou atténuer les fâcheuses conséquences de la syphilis, de la tuberculose, du trachome, du paludisme, sont louables et méritoires, mais bien qu'ils aient déjà donné des résultats appréciables, ils demeurent insuffisants, soit que la diversité et la multiplicité des cas à soulager et à préserver, soit que la conception ou la réalisation des mesures prises, présentent un obstacle à leur application dans un pays où la complexité des influences ethniques et religieuses se dresse quotidiennement en face de toutes innovations même salutaires.

III. — Le Médecin de Colonisation dans ses rapports avec l'Indigène.

Cet alinéa, ne serait-il qu'un faible hommage aux médecins de colonisation tunisiens, dont on ignore trop l'abnégation toujours patiente et dévouée, dans des conditions le plus souvent précaires, justifierait sa place au début de notre thèse.

Mais il nous a semblé utile, par ailleurs, et pour bien saisir la lenteur du développement de l'œuvre médico-sociale en Tunisie, comme l'urgente nécessité de lui donner un essor plus grand, de connaître la vie du

médecin de colonisation, les difficultés qu'il lui faut surmonter dans ses rapports avec l'indigène. Nous ne nous occuperons donc, uniquement ici, du médecin du « bled » ; le confrère installé dans les grands centres urbains ou dans la région du Nord ayant une clientèle qui diffère peu de celle des cités et campagnes françaises.

Nous illustrerons le plus souvent notre exposé d'extraits empruntés à un article où le Docteur Gr. Villain de Tozeur expose d'une façon imagée et pleine d'humour les grands traits de la vie médicale dans le sud tunisien. « *Pleine d'imprévu professionnel et remplie par de multiples activités musculaire autant que cérébrale, telle apparaît la vie du médecin de colonisation, à l'orée du Grand-Désert, dans le Sud-Tunisien.* »

§ 1. — **Son action médicale : ses moyens.**

Aussi, pour le moment, est-il décrété « apte à tout faire ». Grandes et diverses sont ses responsabilités : à ses devoirs d'assistance médicale, au choix et à l'application des mesures sanitaires préventives et défensives, bien souvent lui incombe encore la gestion d'une administration hospitalière. Car, suivant l'état des finances municipales ou la générosité gouvernementale, la localité disposera d'un hôpital ou d'un dispensaire-infirmerie, plus ou moins important ou rudimentaire, dont le médecin sera tour à tour : chirurgien, administrateur, pharmacien, économiste et médecin. Les indigènes y sont hospitalisés, soit gra-

tuitement suivant le degré d'indigence évaluée grâce à la complaisance souvent intéressée d'un Cheïk ou d'un Caïd, soit moyennant une redevance journalière d'ailleurs minime, fixée par la Commission administrative, n'excédant pas deux francs et qui leur donne droit aux soins, traitements, couchage et nourriture. Et cependant, il faut subir fréquemment des palabres sans fin, des marchandages fastidieux, avant que l'indigène consente à régler et le médecin puisse percevoir la modique somme représentant le montant des journées d'hospitalisation. Bien que le prix soit fixe et uniforme, vingt fois il reviendra à la charge pour qu'on lui consente une légère réduction, accompagnant sa supplique de jérémiades, de prières, y joignant parfois celles de toute la famille qui défile depuis le chef, ancêtre vénérable, jusqu'à la plus jeune tenant un bébé dans les bras. Souvent toute une matinée s'écoule avant qu'il n'ait reconnu l'inanité de ses plaintes, et se décide à régler.

« Car ici — comme ailleurs — on ne délie pas facilement les cordons de la bourse collective ou individuelle et les Mécènes sont rares parmi ces gros propriétaires, qui se parfument d'Houbigant et ont le téléphone sur leur bureau. »

Une pharmacie rudimentaire : stock gouvernemental de médicaments pour les « consultations gratuites », pharmacie personnelle pour les clients payants. Et désormais, avec ce bagage restreint, il faudra faire face à toutes les urgences : quitter le bistouri pour le cachetier, la seringue pour le mortier.

§ 2. — **La clientèle indigène et sa mentalité.**

La clientèle, on s'en doute, est loin de ressembler à celle de France :

« Même pressé par le temps ,même en butte avec le paysan le plus obtus, le confrère d'outre Méditerranée arrive, sinon à figoler, du moins à « délabrynther » ses diagnostics. Les échanges rapides ou laborieux se font quand même de cerveau à cerveau. Ici, rien de pareil. L'interrogatoire fournit d'invraisemblables boniments : un mélange d'idées préconçues, d'entêtement invétéré, de défiance visible — et surtout de duplicité savante. ... Souvent même les investigations cliniques sont entravées. Dans ces conditions, allez donc faire jaillir la lumière de ces poitrines crasseuses, de ces abdomens couverts de cicatrices bizarres, vestiges du « feu » que, bien avant de vous consulter, le patient est allé se faire infliger chez le rebouteux indigène.

« Quant aux femmes, lorsqu'elles se décident à voir le Roumi, c'est tout un événement. Elles apparaissent sous forme d'un paquet de cotonnades bleues d'où émergent deux chevilles cerclées d'argent. Du paquet sortent gémissements ou gutturales volubiles, puis une main bronzée qui vous empoigne la dextre, l'insinue par des trajets ténébreux, moites et odorants jusqu'à l'endroit « qui fait mal ». Trois centimètres carrés de peau à manipuler et votre oracle doit sortir — et demain sans faute la malade doit être guérie. »

Pour exercer son ministère, soit à pied, soit à cheval ou à dos de mulet, que d'allées et venues à travers sa circonscription ; les tournées obligatoires, hebdomadaires ou bi-mensuelles, qui lui font prendre contact avec les indigènes d'alentour, vaccinations, expertises médico-légales, rixes entre gardiens de troupeau ou de récoltes — car le poignard et la poudre parlent facilement — cas suspects éclatant soudain et nécessitant son diagnostic immédiat dans la crainte toujours imminente du typhus, sont autant de motifs à parcourir en tout sens le bled environnant.

§ 3. — **Son rôle social :**

le Médecin conseiller et éducateur d'hygiène.

Et là, ne se borne pas son champ d'action, car il doit être également un agent d'influence et de pénétration des idées françaises : pénétration, d'ailleurs toute pacifique, indépendante de tout parti politique. Sa mission, tant dans les milieux indigènes, comme d'ailleurs dans les autres, est avant tout une mission sociale. Il doit être l'éducateur de ses malades, son but doit dépasser les plaies et les misères du moment pour aller, au delà de l'individu, protéger, par ses conseils et ses directives, la famille et la race.

Nous ne saurions invoquer de meilleurs références, qu'en citant l'introduction à l'admirable ouvrage du Docteur P. Chatinières : « Dans le Grand Atlas Marocain. » « *Vous connaissez mes idées sur l'importance du médecin aux colonies et sur l'aide que celui-ci*

peut apporter à la pacification d'un pays. Beaucoup de malentendus cessent, dès que l'on se connaît. Or, qu'est-ce le plus souvent que la pacification, sinon la face d'un malentendu ? Seulement, c'est la première explication qui est difficile : il faut quelqu'un qui inspire une confiance préalable. Or, nul ne remplit mieux cette condition que le « toubib », du jour où un notable, un caïd, un pauvre diable quelconque qui souffre, se décide à voir le médecin français et sort de chez lui soulagé, la glace est rompue, le premier pas est fait, les relations se nouent. »

Ce jugement, prend ici, toute son importance, étant donné la valeur et l'autorité en matière coloniale de son signataire : nous avons nommé le général Lyautey. Sa belle organisation médicale du Maroc consacre merveilleusement cette opinion.

Non point cependant, que nous considérions la Tunisie comme un pays entièrement nouveau, mais toutefois, comme un champ à bien des points de vue encore en friche, débouché merveilleux pour les jeunes activités, surtout dans notre profession.

Nous tenons aussi à cette appréciation, pour appuyer et confirmer notre idée : qu'en plus de ses fonctions d'assistance rapidement esquissées plus haut, le rôle du médecin au point de vue social est sans conteste d'influence salulaire et de bon aloi. Aussi les dirigeants tunisiens, en semblant considérer le médecin de colonisation comme le parent pauvre de leur administration, en ne lui accordant pas les avantages matériels concédés à leurs autres collaborateurs, ni la considération à laquelle son éducation

et ses études devraient lui donner le pas, négligent, involontairement peut-être, une force d'action et une influence des plus actives et efficaces dans la lutte contre les misères humaines.

Nous avons constaté à ce sujet, à maintes reprises, l'étonnement des indigènes, des primitifs si l'on veut, mais dont le caractère contemplatif et observateur saisit les moindres nuances, surtout quand elles sont à notre désavantage. Ils étaient frappés qu'il exista une maison de postes, une école, une municipalité, un bureau de police et que la maison du médecin : « Dar El Tebib » ne figura nulle part.

Et pourtant qui mieux que le « Tebib », qui pénètre à l'heure actuelle dans tous les intérieurs, peut constater les infirmités, les besoins, les désirs des indigènes et connaître les besoins d'hygiène, les mesures nécessaires pour améliorer leur situation et leur sort.

Le Docteur P. Trisca, à la fois médecin et sociologue, dans un ouvrage préfacé de Charles Richet, s'exprime ainsi : « *Le médecin est l'homme qui, par le fait même de sa profession, est appelé à pénétrer dans tous les milieux, à tout voir. L'état économique d'un pays, la psychologie des diverses classes sociales, les maladies morales qui usent les énergies, les maladies physiques qui détruisent les corps, tout cela le médecin le constate mieux que l'avocat ou le prêtre qui ont un domaine d'observation moins général, mieux que l'administrateur qui examine d'un point de vue moins général, mieux que le démographe qui*

a des chiffres et des rapports sous les yeux, mais qui n'est pas en contact avec la vie sociale elle-même. Le médecin devient sociologue malgré lui... »

Mais ce privilège du médecin lui crée en même temps que des droits, trop souvent méconnus, des obligations et des devoirs. « *Il n'a peut-être pas entièrement rempli sa tâche quand il a prodigué aux malades ses soins dévoués et éclairés. Il a une voix à faire entendre, celle de l'hygiène qui prévient les maladies en combattant les causes. Que de questions législatives touchent à l'hygiène : construction, assistance, armée, logement, voirie ! Le médecin, plus compétent que quiconque, a le devoir de parler pour éclairer l'opinion et le législateur.* »

Car c'est vraiment là que notre tâche — qui consiste non seulement à guérir, mais à conseiller et à préserver — est la plus utile, la plus intéressante et aussi la plus ardue.

§ 4. — L'Indigène et le Médecin ; de la nécessité de savoir parler l'Arabe.

L'Arabe, dira-t-on, et c'est une opinion couramment admise, est réfractaire à nos soins médicaux ; il passe immuable à côté de notre civilisation, comme un fantôme d'un autre âge. A quoi bon essayer d'intervenir, son « fatalisme », *Mektoub*, aura raison des plus louables efforts et désarmera les volontés les mieux inspirées. *In'ch' Allah*, « ce que Dieu veut arrive nécessairement », et il supporte son mal en

patience, jusqu'à ce que la nature le guérisse ou la maladie le tue. Il n'y a pas de spontanéité de l'Arabe vis-à-vis du médecin.

Tout autant d'erreurs et de fausses conceptions, car si l'on veut s'en occuper, non seulement l'Arabe accepte sans trop rechigner les soins médicaux, mais, très rapidement, il en vient à les apprécier et même à en garder une réelle reconnaissance. Il n'y a, pour s'en rendre compte, qu'à voir l'affluence qui se presse, les jours de consultations gratuites, aux portes de nos hôpitaux et dispensaires. Mais, pour arriver à ce résultat, pour que le *Tebib* français se fasse agréer de l'indigène, il lui faut, condition essentielle, connaître la langue de ses malades. Non point la langue littéraire, mais le langage usuel, vulgaire.

Car l'indigène éprouve une considération particulière pour le Français qui parle sa langue : il professe un véritable culte pour le médecin qui, causant son langage, lave lui-même ses plaies, tâte le pouls des fiévreux, n'a pas de rebut pour sa chair blessée, s'intéresse à ceux qui saignent, à ceux qui frissonnent, et qui a une parole de consolation à leur donner.

Le médecin doit pouvoir interroger lui-même ses malades, sans avoir recours à un intermédiaire. Celui-ci, d'ailleurs, n'est, le plus souvent, qu'un profane qui traduira plus ou moins fidèlement, qui ne saura pas rendre les nuances, en fait de symptômes, si utiles en médecine et connues du médecin seul.

D'autre part, l'indigène n'aime pas une tierce personne en matière médicale, il lui répugne d'étaler

ses infirmités ou ses souffrances, en présence d'un homme qui n'a aucune qualité pour voir les unes et entendre les autres.

Ceci est encore plus vrai, quand il s'agit de la femme arabe. Etant données les conditions sociales faites à celle-ci par la loi coranique, une indigène ne pourra avoir d'autre intermédiaire que son mari. Or, elle se tient sur une extrême réserve devant lui, même quand elle souffre. Elle ne dira rien, ou presque rien, il faudra tout deviner, et l'on agira, dans la plupart des cas, sans connaissance de cause. Il y a là des difficultés matérielles et morales qu'il est nécessaire de lever pour faire œuvre utile. Interroger soi-même tranche la question et simplifie la besogne.

Quels services, du reste, n'est-on pas appelé à rendre ! Que de maladies à prévenir, que de misères à soulager, que d'affections à enrayer, qui deviendraient incurables, que de vies à sauver d'une mort certaine !

Et c'est ainsi que le médecin de colonisation fera œuvre vraiment profitable et que son rôle social se manifestera.

Avec tout le prestige que lui confère la science des maux et des remèdes, mais aussi grâce à sa connaissance de la langue, il pourra éduquer l'entourage de ses malades et les faire bénéficier de ses conseils. Combien de malheureux sont borgnes ou aveugles, faute de soins et de précautions. Combien d'autres, affreusement mutilés par des affections surtout syphilitiques, persuadés que leurs lésions sont bénignes, ignorent le fléau qu'ils sont pour leur famille et la

société. Que de femmes meurent en couches ou d'hémorragie, qu'une intervention éclairée eût arrêtée ! Que d'infirmités, enfin, chez des femmes, qui sont aidées tout au plus par une matrone, aussi dangereuse que maladroite dans ses manipulations, où l'intervention médicale eut agi plus efficacement que l'invocation à un marabout réputé ou toute autre pratique consacrée !

La contagion, l'infection sont des mythes pour eux, au même titre que l'hygiène.

Et tous ces maux sont le résultat de coutumes ancestrales, que l'Islam ou les modalités de l'existence ont façonnées peu à peu au cours des siècles, sans que personne jusqu'ici en ait dénoncé le danger.

C'est au médecin, précisément, qu'incombe ce devoir ; lui seul reste qualifié pour révéler, raisonner ces coutumes barbares et dangereuses et par un effort patient et persévérant, amener l'indigène à les supprimer de lui-même.

Et c'est ainsi que le médecin de colonisation aura rempli son double rôle : rôle médical, assurément, mais aussi rôle social, tous deux confondus dans la même action, employant les mêmes moyens, pour la réalisation d'un but unique : conquérir à nos idées l'indigène et capter sa confiance en lui rendant la vie meilleure et la douleur plus supportable. Et ce, non seulement en soulageant ses misères momentanées, mais en les prévenant par une surveillance attentive et l'application d'une hygiène raisonnée, dont il comprendra et facilitera la bienfaisante influence, quand

il verra, grâce à elle, disparaître peu à peu les grandes endémies qui le déciment.

Et ce ne sera pas sa moindre satisfaction que d'avoir touché le cœur de ces hommes et mériter ce nom qu'ils donnent ingénument au médecin : « *Tu es mon père, je suis dans tes mains comme un enfant* », merveilleux et doux témoignage de reconnaissance !

DEUXIÈME PARTIE

La pratique de l'Hygiène sociale
en Tunisie ;
ce qu'elle est ; ce qu'elle doit être.

CHAPITRE PREMIER

La protection de la femme enceinte et de la première enfance.

I. — Protection de la femme enceinte ; pourquoi est-elle en danger ?

§ 1. — Veiller sur la mère, c'est sauvegarder la Race.

La femme enceinte est, en quelque sorte, une banque où la race a mis en dépôt son capital humain, à charge à elle de protéger et de défendre celle qui a mission de le faire fructifier, de la placer dans des conditions matérielles telles que sa gestation, nous allions dire sa gestion, soit aussi régulière et fructueuse que possible.

De même que l'appât du lucre suscitera des banques concurrentes des embûches et des combinaisons où non seulement sombreront quelques capitaux engagés, mais aussi la banque elle-même, et ce sera la faillite, la banqueroute ; de même, la Nature, dans ses fins mystérieuses, suscite à la future parturiente

des tracas, des misères physiologiques ou pathologiques qui mettent en danger non seulement le dépôt, à elle confié, mais l'exposent, elle aussi, à des risques où sa propre existence sera menacée et parfois compromise : la mort sera sa banqueroute. Banqueroute qui entraînera la faillite de la race, en la privant de l'apport des énergies et des forces jeunes qui auraient infusé un sang nouveau, généreux, à la société caduque et anémiée.

Dans l'âpre lutte pour la vie, qu'individus et peuples soutiennent journellement, les victimes et les déchets s'amoncellent rapidement, des vides se creusent qu'il faut combler, sous peine de se laisser enfoncer ; bien imprévoyant et criminel le chef qui, ayant engagé le gros de ses troupes, n'a su se ménager des réserves.

Aussi, jetant les yeux sur la Tunisie, dont la richesse et le développement nécessitent des bras et des cerveaux pour soutenir la lutte économique, dont le climat meurtrier et les fléaux sociaux qui y règnent sont les grands destructeurs, à quels combattants, à quelles réserves peut-on faire appel ?

§ 2. — Les Matrones en Tunisie ; leurs privilèges, leur rôle.

A quelles surveillances ou protections médicales avisées, la femme enceinte est-elle soumise au cours de sa grossesse, dont l'intervention, s'il n'est possible de les éviter, parera tout au moins aux complications

par trop néfastes et fréquentes pour elle et son enfant ; quels conseils éclairés mettront son nourrisson à l'abri d'une inexpérience qui, quoique bien intentionnée, est le plus souvent préjudiciable à son évolution ?

Nous répondons, et le Docteur Bouhagéb, praticien indigène tunisien, dont la documentation éclairée ne saurait être entachée de partialité, répond avec nous : « *Actuellement, nous devons déplorer la coutume qui veut que les manœuvres obstétricales soient encore pratiquées par des femmes étrangères à toute science médicale et n'appliquant que des règles déduites de coutumes locales.* »

Le fait qu'en Tunisie l'accouchement a lieu, le plus souvent, par l'office de matrones dont les connaissances empiriques se lèguent de mère en fille, avec tout un arsenal de procédés d'une barbarie insoupçonnée et dans un décor de saleté répugnante, peut paraître une anomalie, en ce pays d'influence française, où, cependant, un décret beylical du 15 juin 1888 (6 chaouel 1305 de l'Hégire), réglemente l'exercice de la médecine, de la chirurgie et de l'art des accouchements.

Qu'il nous suffise de rappeler que cette situation privilégiée remonte aux temps les plus reculés. Sérapion, Rhazés « le Galien des Arabes », le persan Ali-Ben-Abbas, tous auteurs antérieurs au x^e siècle, parlent déjà de la situation toute particulière réservée aux sages-femmes, qui avaient la prépondérance et le monopole en matière d'obstétricie et de pédiatrie, les hommes n'intervenant que pour les conseiller, et

encore dans le cas d'absolue nécessité. Cette situation, qui découle des mœurs musulmanes : un homme ne pouvant voir d'une femme ni son visage, ni la paume de ses mains, à plus forte raison ses parties sexuelles, s'il n'est son mari, s'est accrue au cours des âges ; les échecs, cependant nombreux et répétés, n'ont attiré aucune méfiance, n'ont jeté aucun discrédit sur des procédés aussi lamentables, l'Arabe, dans son fatalisme, ne voyant dans la perte de sa femme ou de son enfant, que le doigt du destin et la volonté de Dieu.

§ 3. — **L'art des accouchements en Tunisie.**

a) *Les Préparatifs.* — Quand la femme enceinte arrive au terme de sa grossesse, et le plus habituellement dans la dernière quinzaine, les femmes âgées, dont la grande expérience avait jusqu'alors suffi, cèdent la place à la matrone, que la famille a fait prévenir. Son premier soin est de rendre visite à sa prochaine cliente. Après un examen superficiel et sommaire — le toucher vaginal (et c'est heureux) n'est encore que difficilement admis comme procédé d'investigation — elle pose son diagnostic ; puis, rentrée chez elle, envoie la chaise obstétricale, « Koursi », indispensable à tout accouchement.

Dépourvu de dossier, comportant, dans sa partie antérieure, une large échancrure ovalaire, qui permettra l'accès libre et continuels aux parties génitales, matelassé, capitonné d'un rembourrage fixe, portant les marques de souillures anciennes, car rarement ou vaguement nettoyé, ce siège constitue, en

même temps qu'un véritable réceptacle de germes infectieux, un instrument de supplice et de torture des plus raffiné.

« Dès que la patiente ressent les premières douleurs de l'enfantement, on la place, dans la position assise, sur cette chaise, les jambes fortement écartées, de sorte que la région vulvo-périnéale corresponde à cette échancrure. »

« La matrone est assise par terre, à la manière arabe, les jambes croisées devant la parturiente. Son aide, au contraire, placée derrière, enlace dans ses bras la patiente et, avec ses deux mains posées l'une sur l'autre, détermine une compression continue et lente sur le fond de l'utérus, l'empêchant également de faire des mouvements. C'est dans cette triste position que doit se trouver la femme, tant que les contractions utérines existent. »

b) *L'expulsion.* — Quand l'accouchement va bien, la matrone se garde bien de soutenir le périnée, ce serait, à son sens, retarder la sortie de l'enfant, aussi tout son rôle consiste à tendre les mains pour accueillir l'enfant et l'empêcher de tomber à terre.

Mais, dans les cas dystociques, lorsque le travail est lent et que l'accouchement se fait attendre, c'est alors qu'interviennent tous ces procédés empiriques et surannés accrédités par l'habitude et la tradition et qui n'en sont pas moins des pratiques néfastes, exposant la vie de la mère comme celle de son enfant. Nous avons pu voir, au cours de nos remplacements, une présentation de l'épaule, avec procidence du bras

sur lequel des tractions énergiques et répétées avaient été exercées trois jours durant; en désespoir de cause, on nous fit appeler. Le bras, auteur de tout le mal, était en voie de décomposition ; la mère, dont le périnée avait éclaté, infectée, expirait d'ailleurs quelques heures après, sans que la matrone s'inquiéta autrement. Sa conscience était d'ailleurs au repos ; n'avait-elle pas placé la « Mouatta » (livre de prières) au-dessus de la tête de sa patiente, un chapelet de Sidi Ben Arous autour de son cou, un sachet sur sa cuisse avec un parchemin où un marabout avait inscrit des mots illisibles et des signes cabalistiques.

Ceci n'est rien, à la campagne, c'est pis encore.

Pour faciliter la sortie du fœtus, la femme est suspendue par les bras aux bâtons de la tente, pendant que la matrone lui comprime l'abdomen, en s'attelant à un « haïk » passé autour de la taille. D'autres fois, la malheureuse est étendue à terre ; on place une planche sur son ventre ; de vieilles femmes y montent, de façon à expulser l'enfant comme un noyau de cerise. D'autres fois encore, la malheureuse femme est roulée à terre en tous sens ; suspendue par les pieds, la matrone lui malaxe l'utérus ou cherche à provoquer des vomissements, soit en brulant des poils de chameau ou en lui faisant respirer les odeurs les plus nauséabondes ; les vomissements, parfois incoercibles, qui en résultent, finissent par provoquer mécaniquement l'évacuation de l'utérus gravidé.

c) *La délivrance et les soins « post partum ».* —

L'expulsion une fois terminée, la matrone s'occupe de la délivrance, qu'elle effectue sans perte de temps, par des tractions fortes, répétées, rarement méthodiques, car elle ne tient aucun compte des contractions. Le plus souvent aussi, une hémorragie intense, un prolapsus utérin surviennent, devant lesquels la matrone restant désarmée, la famille a recours aux sages-femmes, plutôt qu'au médecin, qui ne sera appelé qu'à toute extrémité, dans les cas désespérés, où toute intervention est superflue. Rien entendu, il demeurera le seul responsable de l'issue fatale et endossera toutes les bévues et les fautes. Il va de soi que, le plus souvent, l'accouchement se termine par des déchirures, des mutilations, mais qu'importe ; remettant à plus tard, le souci de s'en occuper et laissant au temps le soin de les cicatriser ou de les aggraver, la matrone, d'ailleurs impuissante en pareils cas, n'ayant ni les connaissances ni les moyens d'y remédier, procède à la toilette de l'accouchée. Si l'on peut appeler ainsi une manœuvre d'où toute idée d'antisepsie est entièrement bannie.

Qu'on en juge : le premier torchon de laine qui tombe sous la main servira à essuyer la vulve ; puis, comme il y a toujours hémorragie, plus ou moins abondante, ou un écoulement de lochies, la matrone applique une compresse de laine entre les grandes lèvres, pour faire tampon et s'opposer à leur issue. Nous avons vu utiliser, dans un cas analogue, une poignée de laine de mouton non encore désuintée ; une bande en T maintient ce pansement et une cein-

ture, enserrant plusieurs fois le tour de la taille, termine la toilette.

II. — Que deviennent la mère et l'enfant ?

On conçoit aisément que, placées dans de telles conditions, les accouchées musulmanes soient les victimes aussi fréquentes de la « fièvre puerpérale ». Pourquoi la redouter d'ailleurs : n'est-elle pas, aux dires des matrones, d'heureux présage, cette fièvre de montée de lait ? Quand la malheureuse mère a pu résister à des manœuvres aussi sauvages, c'est pour succomber, les jours suivants, épuisée ou victime de l'infection, à moins qu'affreusement mutilée, ses infirmités la condamnent à une existence pleine de souffrance.

On s'explique aussi très aisément, à la lumière de pareils faits, le pourcentage élevé de la mortinatalité et de la mortalité infantile en Tunisie, et que l'enfant, qui aura pu résister à un tel assaut, puisse, dans les jours qui suivent son expulsion, succomber à la souffrance qui lui aura été imposée. D'autant plus qu'il se trouve en butte dès sa naissance à toute une série de soins, de pratiques, de rites, les mieux intentionnés évidemment, nullement adaptés cependant à un nouveau-né, mais qu'on ne saurait abandonner sans la réprobation générale et sans attirer les pires calamités sur l'enfant et la famille.

III. — La première Enfance en Tunisie : la Pathologie infantile.

Au point de vue social, l'enfant n'est-il pas le « capital humain », momentanément improductif, sans doute, mais qui représente et incarne les espérances de l'avenir. En ce pays où, à chaque pas, la main-d'œuvre fait défaut, n'est-ce point le but même du protectorat que de peupler. Pour y arriver, il faut supprimer toutes les pertes évitables d'individus. Or, c'est précisément chez les nouveau-nés que celles-ci sont les plus considérables, mais aussi les plus faciles à éviter. Aidons donc à cette force latente qu'est le nourrisson à traverser les passages difficiles de la première enfance où il pourrait sombrer ; il reviendra à la société comme un être qui aura toutes les chances de devenir un adulte bien constitué : une énergie.

§ 1. — La mortalité ; ses causes.

La mortalité élevée relève de causes spéciales et diverses : tout d'abord, de la syphilis des parents, qu'il ne faut pas oublier dans ce pays où elle règne en maîtresse, y multipliant les fausses couches ; des avortements provoqués et criminels, qui, bien qu'interdits par le Coran et les jurisconsultes, n'en sont pas moins de pratique courante, d'autant plus qu'ils

tombent rarement sous le coup de la loi, la vie de recluse imposée à la femme musulmane lui assurant une impunité certaine ; de l'abus du coït, car l'indigène est un génital, doué, du reste, d'une grande puissance génésique ; des mauvais traitements, des fatigues, de la misère qui peuvent être quelquefois une cause d'avortement spontané ; souvent aussi, des mauvaises conditions hygiéniques où se trouve placée la future mère. Enfin, il est un écueil bien plus redoutable qui réside dans l'autorité et la vogue dont jouissent les matrones, ces mégères ignares et dangereuses qui ne savent intervenir dans les présentations dystociques, pas plus que donner au nouveau-né les soins nécessaires et élémentaires dans les cas de souffrance ou de mort apparente.

Il m'est souvent arrivé, dit le Docteur Conseil, chef du Bureau d'hygiène de Tunis, de constater le décès d'enfants bien constitués, venus en état d'asphyxie et que quelques instants de respiration artificielle auraient probablement ranimés.

§ 2 L'allaitement en Tunisie et la mortalité infantile.

La mortalité infantile, pendant les premiers mois, reconnaît pour facteurs la débilité congénitale due à l'union prématurée de jeunes gens, encore enfants (12 à 14 ans pour les filles, 15 à 16 ans pour les garçons), à peine constitués, souvent faibles eux-mêmes ; la syphilis et les conditions d'hygiène déplorables où vivent les parents. Pendant la première année, les

troubles digestifs, la gastro-entérite, résultats d'une alimentation défectueuse trop précocement mixte et inadaptée à son organisme, guettent le nourrisson.

L'Européenne. — Dans la classe européenne pauvre, la femme enceinte, obligée d'assurer jusqu'au bout non seulement son travail de ménagère, mais aussi d'assumer les fatigues d'un emploi qui lui procurera sa subsistance et celle de son enfant, arrive à terme dans un état de surmenage et de dépression fort préjudiciable à tous deux.

Sa grossesse passée, une charge de plus est venue se surajouter, il lui faut travailler double, restreindre sur son budget, alors que, pour avoir du lait, il lui faudrait une nourriture meilleure et substantielle ; aussi, ses seins demeurent flasques, contenant un lait peu abondant et dépourvu des principes nutritifs vivifiants. Deux alternatives se présentent à la mère : placer son enfant chez une nourrice mercenaire qui, tout en promettant de l'allaiter au sein, lui donnera le biberon et toutes sortes d'aliments ; ou le nourrir elle-même. Mais les nécessités de son travail l'empêcheront de le faire d'une façon suivie et régulière, et très rapidement, pour recouvrer sa liberté, la mère sevrera son enfant vers le sixième ou le huitième mois.

L'Indigène. — La femme des tribus, vivant sous la tente, mène une vie physique pénible, qui ne la prépare pas à l'enfantement ; ses durs labeurs ne lui permettent pas, d'ailleurs, de surveiller son enfant ni de

s'en occuper ; roulé dans un pan de son « haïk », elle le portera suspendu dans son dos, au cours de son travail et de ses déplacements, exposé aux intempéries et mal protégé contre elles. Pour l'indigène citadine, sa vie de farniente et de repos, propice à une excellente grossesse, la prédispose cependant merveilleusement à sa maternité, mais toutes deux, d'ailleurs, sont les victimes de l'inexpérience et de l'incapacité notoires des matrones. Citadine ou bédouine, toutes deux ignorent les préceptes élémentaires d'hygiène et de pédiatrie. Ces influences et cette mescience interviennent continuellement et à tour de rôle à chaque période de la vie de l'enfant, pour en expliquer la morbidité et la mortalité.

Sans doute, la mère indigène allaite toujours elle-même son enfant, apportant dans l'accomplissement de cette tâche une observance scrupuleuse, surtout instinctive, mais assujettie aux préceptes du Coran. Il est une sourate qui enjoint à la musulmane de nourrir elle-même : « *Les mères allaitent leurs enfants deux ans complets, si le père veut que le temps soit complet ; la nourriture et le vêtement de la femme regardent l'époux. Il doit l'entretenir comme il convient, suivant ses facultés. Les parents ne seront pas contraints de faire pour leurs enfants plus qu'ils ne peuvent, ni les tuteurs pour leurs pupilles. Il sera permis à la mère de sevrer son nourrisson du consentement de son mari. Ils peuvent aussi appeler une nourrice, pourvu qu'ils lui paient fidèlement ce qu'ils auront promis.* »

« *Craignez le Seigneur, sachez qu'il a l'œil ouvert sur vos actions.* »

Sidi Khalil, le grand légiste arabe, fait une obligation stricte à la mère d'allaiter son enfant :

« La durée de deux ans et deux ou trois mois est le temps pendant lequel l'enfant se nourrit d'abord exclusivement de lait. A cette limite, il ne peut s'en passer entièrement. »

C'est un fait et une règle en Tunisie, les femmes musulmanes nourrissent, mais elles n'appliquent aucune régularité dans les tétées, donnant le sein le plus souvent possible, dans la crainte que leur enfant soit hypo-alimenté ; s'il crie, c'est pour elle une indication absolue, il faut lui donner le sein, l'enfant a faim.

Que vaut, d'ailleurs, le lait d'une mère qui mange du fell-fell, du couss-couss pimenté et des épices de toutes sortes. Le résultat est le même qu'avec l'alimentation mixte ; l'enfant, s'il ne devient athrepsique, ne tarde pas à prendre de la diarrhée, des coliques, de la gastro-entérite, qui l'emporte fatalement et rapidement, malgré les soins empressés et assidus, les veilles vigilantes que lui prodigue la mère éplorée.

§ 3. — **L'alimentation mixte trop précoce ; ses dangers.**

Dans la crainte d'une hypo-alimentation, incitée également par la diminution de son lait qu'un régime réduit et peu substantiel entraîne rapidement, car, se nourrissant le plus souvent d'un peu d'huile, d'un piment ou d'une galette aux vertus peu galactogènes,

la mère en arrive rapidement à donner à son nourrisson, en plus de son sein, du lait de chèvre ou de vache, et vers le quatrième mois, l'enfant goûte à tous les mets de la table familiale : couss-couss au piment rouge pétri dans l'huile, fruits, pastèques, etc., qu'après avoir mastiqués elle-même, elle donne à son bébé, quelquefois même directement.

« Comme alimentation, le Coran prescrit l'allaitement seul et pendant deux ans, mais cela ne semble pas suffisant aux femmes ; aussi, dès les premières heures de la naissance et deux fois par jour, on fait prendre à l'enfant, de force, en le gavant pour ainsi dire, du « semen » ou une pâte que ne toléreraient pas les estomacs les mieux constitués. Cette pâte ou « laack » est un mélange de plusieurs épices finement pulvérisées, auxquelles on ajoute du sucre en poudre et que l'on délaye dans de l'huile d'olive.

« Cette pâte est donnée pure, du septième au vingt-deuxième jour de la vie extra-utérine. Du vingt-deuxième jour au quatrième mois, on ajoute des pistaches pulvérisées, dans les proportions de deux tiers de la pâte pour un tiers de poudre de pistache. Mais, à partir du quatrième mois, on commence à lui donner de la semoule et de la farine. »

Cette nourriture, peu appropriée à son estomac, entraîne des troubles, auxquels correspondent pour chacun des remèdes consacrés : contre les coliques, les matrones recommandent une infusion de cumin et de feuilles de rue ; contre les vomissements, une infusion de camomille, etc... Toute cette pharmaco-

pée, jointe au gavage forcé, conduit rapidement l'enfant à la dernière extrémité.

La première année passée, les écarts et les erreurs de régime continueront encore leurs méfaits, mais à cet âge ce sont surtout les maladies infectieuses : rougeole, variole, diphtérie et leurs complications pulmonaires ou broncho-pulmonaires qui vont s'abattre sur l'enfant. Puis les affections cutanées : les lésions mécaniques ou de grattage, aggravées par une malpropreté sordide et continue, déterminant des lymphangites étendues et généralisées, aboutissant parfois à la véritable pyohémie, décimeront la première enfance indigène.

IV. — Les Œuvres de Protection.

Il résulte des considérations générales qui précèdent que, si la mortalité infantile est très élevée en Tunisie, elle relève aussi de causes diverses faciles à surmonter dont une hygiène raisonnée aura rapidement raison. Assurer à la mère une surveillance assidue, au cours de sa grossesse, qui permettra de prévoir et de parer aux difficultés qui pourraient surgir, l'assister de soins éclairés à son accouchement, protéger son nouveau-né contre des pratiques néfastes, l'aider de conseils et de démonstrations pour son ali-

mentation, telles sont en résumé les directives dont l'application protégera les sources vives de la race et donnera à la Tunisie les forces qu'elle réclame.

§ 1. — **Ce qui existe.**

Cette question angoissante qui, dans tous les pays, a attiré l'attention du politicien et du législateur, semble n'avoir excité que faiblement encore la sollicitude du gouvernement tunisien.

Sans doute, un arrêté résidentiel en date du 24 janvier 1905 accorde des indemnités familiales aux agents des administrations, proportionnelles au nombre des enfants et leur quantum est en raison inverse du taux des traitements. Quant aux agents indigènes, c'est la circulaire résidentielle du 16 mars 1910 qui leur accorde le bénéfice de l'indemnité familiale. Par ailleurs, certaines administrations ont accordé spontanément, à leur personnel féminin, un mois de repos avant et après l'accouchement, telle la Direction de l'Enseignement pour les institutrices, de même la Direction des Finances et des Travaux publics, mais aucun règlement ni décret prescrivant ce repos n'a généralisé cette pratique, à tous points humanitaire et bienfaisante.

A Tunis et dans les grands centres, l'initiative privée y a suppléé dans la mesure du possible et encore l'enfant indigène y échappe le plus souvent ; mais dans les campagnes les naissances se passent sans qu'aucun contrôle médical avisé ne soit intervenu

à temps, pour surveiller la mère au cours de sa grossesse et éviter par la suite des complications néfastes, par trop fréquentes, pour sa vie et celle de son enfant et le mettre à l'abri d'une inexpérience, le plus souvent, funeste à son évolution.

Il existe des œuvres plus ou moins subventionnées par le gouvernement qui s'adressent, soit aux parents pour qui l'enfant sera souvent une charge nouvelle, soit à l'enfant lui-même.

« *L'Hôpital Civil Français de Tunis* », offre aux Européennes les ressources d'une maternité et d'une consultation gratuite ouvertes aux femmes enceintes et aux jeunes mères qui peuvent, chaque semaine, venir se soumettre à l'examen de l'accoucheur et demander des conseils pour leurs nourrissons. Au même hôpital, un pavillon spécial a été affecté au service de Médecine infantile, il comprend en outre une pouponnière.

De même à l'hôpital indigène « *Sadiki* », à l'« *Hôpital Italien* » et à l'« *Hôpital Israélite* », existent des consultations externes pour les mères et les enfants.

« *Le Dispensaire Alapetite* » et sa Crèche annexe, la « *Croix Rouge Française* », comprenant la « *Société de Secours aux Blessés* » et l'« *Union des Femmes de France* », les Sociétés de bienfaisance italienne, musulmane, israélite, concourent toutes, plus ou moins, à la sauvegarde et à la protection des mères et des enfants.

Il n'en est malheureusement pas de même dans l'intérieur qui manque d'œuvres et d'organisation de

ce genre. Sans doute, sous l'égide de M^{me} Lucien Saint, femme du Résident général, qui s'est dévouée à l'assistance aux nourrissons, des « Gouttes de Lait » se sont montées, aidées par une subvention gouvernementale, pour donner aux jeunes enfants une nourriture saine et abondante ; les hôpitaux ou dispensaires de l'intérieur offrent des consultations gratuites où les femmes indigènes peuvent s'adresser lors de leur grossesse, mais il répugne à la musulmane d'offrir aux yeux de tous la difformité de sa taille.

§ 2. — **L'expérience de Kairouan :**
« Dar Zarouk »

Pour faire œuvre utile, il fallait créer une consultation spéciale pour la femme indigène dans un local distinct et à l'écart où elle se sentit vraiment chez elle, en toute sécurité et à l'abri des regards indiscrets.

C'est l'expérience qui a été tentée à Kairouan à « Dar-Zarouk ». Dans une vaste et spacieuse maison arabe, à proximité des remparts, dans un quartier calme et isolé des rues passagères, a été ouvert le « Dispensaire Borricaud » où les femmes seules et les nourrissons sont admis trois fois par semaine aux consultations. Il nous faut bien préciser que « Dar-Zarouk » est uniquement un dispensaire de consultations et de pansements et qu'aucune hospitalisation n'y est faite, c'est un centre de triage, de dépistage, d'éducation maternelle, les cas nécessitant une hos-

pitalisation sont dirigés sur l'hôpital de la localité.

Un jour a été spécialement affecté aux femmes enceintes, pour permettre de suivre la future mère au cours de sa grossesse, d'en surveiller la marche régulière, de parer aux éventualités possibles, de la préparer par des conseils sages, des démonstrations simples et judicieuses aux fonctions et au rôle qu'elle est appelée à remplir. Une fiche individuelle spéciale relate, pour chacune, les observations et prescriptions médicales.

Le médecin de colonisation, le Docteur Chaurand, qui préside actuellement à l'activité de « Dar-Zarouk », est secondé dans sa tâche par deux infirmières dont le zèle et le dévouement sont appréciés de tous et ont désarmé les critiques les plus hostiles. Du reste, la décoration du « Nicham » est venue sanctionner leurs efforts et leur apporter un témoignage officiel de reconnaissance.

L'une, une française, M^{lle} Sallenave, remplit les fonctions d'infirmière visiteuse ; l'autre, une indigène, M^{lle} Alima, a suivi pendant deux ans un stage d'accoucheuse à l'Hôpital civil de Tunis. Poursuivant toutes deux les directives émanées de leur chef, elles veillent, auprès de la femme indigène, à ce que les prescriptions formulées à « Dar-Zarouk » soient réellement mises en pratique ; elles surveillent à domicile la future parturiente ou l'accouchée ; lui indiquent les règles d'hygiène qui doivent présider à son état et à son alimentation ; s'occupant aussi des nourrissons, elles apprennent aux mères à langer leurs enfants et les soins de propreté

nécessaires à leur santé et à leur évolution, elles règlent l'allaitement et le sevrage. En contact permanent avec le milieu indigène, elles signalent, aussitôt au médecin, les familles où son ministère s'impose, forçant l'apathie et l'ignorance des parents, les décident à des soins qu'ils auraient négligés ou sollicités trop tardivement.

Cette vigilance constante, ce dépistage journalier en font des auxiliaires précieuses et indispensables dans la grande organisation de prévoyance sociale. Une certaine méfiance a retenu au début les femmes musulmanes, mais actuellement la glace est rompue et nombreuses sont celles qui viennent solliciter les soins et l'assistance médicale ; journallement on les fait appeler pour réclamer un conseil, que de mères et d'enfants se réjouissent actuellement des bienfaits de leur intervention.

Bien que la statistique des visites à domicile n'ait pas été tenue, on peut les estimer à 12 par jour, quant aux consultations à « Dar-Zarouk », le relevé des registres donne 8.000 consultations pour 1922 et 16.000 pour 1923, de tels chiffres se passent de commentaire.

Depuis 1923, une « Goutte de Lait » placée sous le patronnage de M^{me} Lucien Saint, a été adjointe au « Dar-Zarouk », subventionnée par le gouvernement.

A la suite des consultations, le médecin indique quels sont les enfants qui sont admis à bénéficier de distribution gratuite de lait. Chaque matin, sous la surveillance et la responsabilité de M^{lle} Sallenave, le lait condensé est bouilli, stérilisé, les biberons prépa-

rés, rationnés pour chaque tétée et pour chaque enfant.

La mère emporte ainsi, chaque jour, pour son petit, un aliment sain et privé de tout germe nuisible, pas de manipulations à effectuer à la maison, simplement à l'heure voulue, elle fait réchauffer le biberon, ajuste la sucette sans avoir à craindre de souillures pour le lait.

Des pesées régulières permettent de se rendre compte de la progression ou non de l'enfant et de modifier, suivant les cas, la ration et le mouillage.

coup : pendant l'été 1923, sur 21 nourrissons inscrits à Kairouan et bénéficiaires de la distribution, on n'a pas eu à déplorer un seul décès, pas plus que d'accidents gastro-intestinaux alors que les méfaits occasionnés par une alimentation défectueuse, mixte, irrégulière, décimaient les autres enfants de la ville.

Le seul revers, c'est que la pénurie des crédits alloués ne permet pas encore d'étendre plus largement cette œuvre bienfaisante.

§ 3. — Les mesures qui s'imposent.

La Tunisie se dépeuple et se meurt faute de bras, aussi la protection de la femme enceinte et de la première enfance y apparaît, non seulement comme une œuvre humanitaire et sociale, mais aussi comme une nécessité qui s'impose si l'on veut protéger la race et lui assurer son renouvellement et sa survivance.

Nous avons vu les dangers auxquels l'une et l'autre se trouvaient exposées, dangers, d'ailleurs, aisés à supprimer comme le montrent certaines expériences isolées.

Qu'à l'instar de Kairouan, dans chaque poste où exerce un médecin de colonisation, un local spécial soit ouvert gratuitement aux futures parturientes pour qu'elles puissent y demander l'appui d'un conseil, d'une directive. Cette consultation-dispensaire devrait comprendre parmi son personnel une auxiliaire sage-femme qui seconderait utilement le médecin, puisant auprès de lui un enseignement pratique journalier et une formation médicale excellente, elle serait à même de remplir exactement les fonctions de visiteuses d'hygiène qu'elle est appelée à exercer au cours de ses visites. On aurait ainsi de précieuses collaboratrices qui, sans empiéter sur les attributions du médecin, combattraient ces vieux préjugés accrédités et entretenus par les matrones : de l'enfant qui dort pendant plusieurs années dans le ventre de la mère et qu'elles se font fort de réveiller contre rémunération ; ou du mauvais œil qui excuse leur ignorance et leurs crimes. Elles diffuseraient patiemment l'idée entièrement méconnue de contagion et d'infection, les notions élémentaires d'hygiène, apprenant aux mères indigènes, à se tenir propres elles-mêmes, ainsi que leurs enfants.

D'autre part, si la valeur éducative des consultations de nourrissons est une excellente école pour les mères, elle se heurte en milieu musulman à un obstacle sérieux ; claustrée dans son intérieur, il apparaît

comme très difficile d'en faire sortir la femme indigène. Mais, pour y remédier, pour secouer l'apathie et les préventions du seigneur et maître qui, volontairement, entretient sa femme dans l'ignorance, qu'on fasse luir à ses yeux l'appât d'un gain : que la Goutte de lait par exemple soit envisagée comme une prime récompensant parmi les plus méritantes et les plus intéressantes les mères qui soignent bien leurs nourrissons, qu'on leur accorde des primes en nature, qu'on fasse des distributions de layettes, la jalousie et l'envie, l'amour-propre aussi auront raison des récalcitrants. Quand l'Arabe saura que sa femme et son enfant sont bien soignés et gratuitement, il les enverra lui-même au Dispensaire, en conformité d'ailleurs avec ses convictions religieuses : l'enfant ne fait-il pas, dans le Coran, l'objet de nombreuses prescriptions ?

Il faut encore encourager la natalité et les familles nombreuses par des secours en nature à la mère misérable : vivres, pain, viande, riz. « *Donner du pain à la mère, ce sera donner du lait à l'enfant* » (Brunswic-le-Bihan) ; offrir une prime aux chefs de familles nombreuses, soit par des distributions gratuites de grain pour les semailles, soit en les exonérant, en totalité ou en partie de l'impôt de la « mechba » suivant leurs charges.

Que l'on généralise et impose à tous les chefs d'entreprise la loi Paul Strauss du 27 juin 1913, réglant l'aide et la protection qui doivent être accordées aux femmes en couches, ainsi sauvegardés, la mère et son enfant pourront coopérer par la suite à la pro-

duction et au rendement de la collectivité qui les aura protégés.

Les pratiques surannées et barbares, que nous avons vu présider de nos jours aux accouchements en milieu indigène, demandent un remède prompt et énergique. Nous n'en voyons pas d'autre que la suppression pure et simple des matrones tolérées ou non qui représentent un danger social. Le Docteur Dinguizli, praticien appartenant à une famille tunisienne autochtone justement estimée et honorée, lui-même fervent disciple de l'Islam, s'est élevé, à maintes reprises, contre la tradition réservant la pratique des accouchements à « *ces mégères qui, chose monstrueuse, sont par surcroît appelées, dans certaines circonstances à fonctionner en qualité d'auxiliaires de la justice : éclairer les Cadis et leur donner leurs appréciations sur les questions fort délicates du domaine de la médecine légale. Ne sont-elles pas com-mises à la constatation d'accouchements, d'avortements (qu'elles provoquent et pratiquent elles-mêmes), de viol, etc., alors que le législateur islamique prescrit que de semblables investigations doivent être confiées uniquement à des praticiens de compétence et de notoriété reconnues et indiscutables.* »

Comment et par qui les remplacer ? Le Docteur Gr. Durand indiquait, en 1912 dans sa thèse sur « *le Nourrison en Tunisie* », le moyen de remédier au danger des matrones. « *Il faut attirer et multiplier les sages-femmes européennes dans la campagne tunisienne, leur donner des primes ou un traitement fixe pour qu'elles s'installent quand même dans les centres*

où la clientèle est insuffisante à les attirer. Faisons des sages-femmes de colonisation pour les centres indigènes. Que les sages-femmes, parlant l'arabe, reçoivent des primes comme il en est alloué aux fonctionnaires. . .

« Pourquoi n'instruirait-on pas les sages-femmes indigènes dans les hôpitaux faute de maternité. A défaut d'enseignement pratique, on leur ferait des cours théoriques d'hygiène, d'accouchement, de puériculture ; on leur apprendrait à éviter toutes les pratiques néfastes qui sont en cours. Si l'on ne pouvait les éloigner trop de leur centre, l'infirmerie-hôpital serait le centre de l'enseignement pratique où la future sage-femme serait tenue d'avoir fait un stage.

« On objectera qu'elles ne viendront pas : que ce soit la condition de leur autorisation à exercer et qu'en fin de stage, on leur remette un diplôme et une prime légère. »

N'oublions pas que nous avons contracté vis-à-vis de la Tunisie une dette de reconnaissance pour l'appui du sang généreux qu'elle a versé pour nous pendant la grande guerre : sur les 60.000 combattants que la Régence offrit à la France : 28.200 sont morts et 7.700 sont portés disparus. '

Reportons sur leur descendance et sur leurs frères les bienfaits d'une civilisation, synonyme de Fraternité et de Justice, pour laquelle ils sont tombés les armes à la main.

CHAPITRE II

La Syphilis en Tunisie.

En présence des ravages énormes que la syphilis provoque en Tunisie et de ses conséquences redoutables pour la continuation et l'évolution de l'espèce, ce serait à notre sens une faute impardonnable et une erreur grossière que de ne pas révéler à tous ceux qui en sont atteints comme à tous ceux qui sont exposés à ses dangers terribles mais toujours évitables, l'importance d'une question d'hygiène sociale qui intéresse toutes les classes, tous les milieux.

Une fausse pudeur, ou plutôt une pudibonderie déplacée s'est opposée trop fréquemment à divulguer la réalité scientifique sur la syphilis : « maladie impudique et honteuse ». Cette prude hypocrisie ne saurait empêcher, cependant, à ce mal qui ronge l'humanité d'accroître chaque jour le nombre de ses victimes et d'épuiser les sources vives d'un pays déjà aux prises avec des fléaux sociaux qui l'anémient et l'épuisent.

Notre conscience professionnelle nous fait un devoir de faire entendre la voix de la vérité.

I. — La Syphilis maladie sociale, spécifique et contagieuse.

§ 1. — La Syphilis n'est pas une maladie honteuse.

La syphilis est une maladie spécifique, grave et contagieuse aux mêmes titres que la scarlatine, la rougeole, la tuberculose. Elle n'est point et ne saurait être une maladie « honteuse », pourquoi réserver à elle seule ce caractère infamant, pourquoi qualifier de mal honteux et déshonorant une affection que chacun peut contracter à son insu et le plus innocemment du monde.

Le Docteur Duclaux, dans son livre « L'Hygiène Sociale », s'élève contre ce préjugé que la syphilis se communique exclusivement par les relations et les contacts sexuels et soit synonyme de débauche, d'orgie, de luxure, de lupanars, indiquant que bien plus nombreuses sont les contagions auxquelles exposent l'ignorance, la misère, la promiscuité, l'entassement des familles dans des logis étroits, le lit commun, la pénurie de linge, d'objets de toilette : serviettes et essuie-mains, les verres, les fourchettes, les cuillers.

Tous les exanthèmes, toutes les érosions, toutes les éruptions, qui peuvent se produire sur les muqueuses ou la peau d'un syphilitique, contiennent le virus et peuvent transmettre la maladie, quand ce produit est

transporté par une voie quelconque sur des muqueuses présentant une effraction antérieure même minime ou sur une légère érosion de la peau d'un individu en parfaite santé.

§ 2. — Les dangers de cette appellation.

Sans compter que cette appellation est injustifiée et imméritée, elle a pour répercussion des conséquences les plus graves et les plus désastreuses surtout chez des primitifs.

Pour éviter la flétrissure et la déconsidération, souvent aussi pour sauvegarder un emploi qui lui assure sa subsistance et que le seul énoncé de sa maladie lui ferait perdre, le malheureux atteint se cache le plus possible, ajourne des soins médicaux pourtant urgents, s'expose et expose son entourage, pour ne point encourir la vindicte publique, aux complications les plus graves — qu'un traitement immédiat éviterait — le mal s'aggravant, se dissémine faute d'instruction, d'expérience et de bons conseils et la société devient, par sa faute, sa propre victime et la proie d'un fléau que son ignorance voulue favorise et entretient.

Le syphilitique, nous ne saurions trop insister sur cette idée, est un malheureux qui mérite la sympathie et la pitié au même titre que tout malade ; son mal n'est, ni ne peut être « honteux ». Ce qui l'est, c'est de voir des maris ignorant encore aujourd'hui les conséquences funestes de leur geste — c'est ce qui se passe pour les indigènes tunisiens et même pour les européens — contaminer leurs épouses. Ce qui est

criminel, c'est de voir des syphilitiques donner volontairement et sciemment leur maladie à d'innocentes femmes, fussent-elles des prostituées, par plaisir, par vengeance et par superstition, croyant se débarrasser de leur mal en le transmettant à une femme saine ou vierge. Voilà le crime, conséquence de funestes préjugés entretenus par une sottise ignorante et la rancune du condamné contre une société qui le rejette de son sein. « Ce pelé, ce galeux » a des crocs dont il se sert pour déchirer celle qui, ayant le devoir de le préserver, n'a su, ni n'a voulu profiter de son expérience passée pour le mettre à l'abri.

§ 3. — **Son Etiologie,
les facteurs de son développement,
sa morphologie en Tunisie.**

L'ignorance du mal et l'inconscience du danger, tels sont les facteurs de l'extension de la « Soultane » en Tunisie. Aussi, le plus sûr comme le plus efficace moyen de l'éviter et de la combattre, c'est de la faire connaître et de lui opposer une hygiène à la fois physique et morale.

Enseignement qui s'impose tout particulièrement en Tunisie où l'hygiène intime du père et de la mère n'existe pas. Le Docteur Gr, Durand, ancien interne de l'Hôpital civil français de Tunis, qui a eu l'occasion de pénétrer la vie des indigènes, nous expose, dans sa thèse inaugurale, la situation à ce sujet. « *Mari et femme n'ont aucune notion de propreté*

sexuelle et les maladies des organes génitaux ne constituent point pour les Arabes une honte. Le Tunisien déclare sans scrupule à sa femme qu'il est atteint de blennorrhagie ou de syphilis, mais il ne prend en outre aucun soin pour éviter la contamination de son épouse. »

Et l'on entrevoit aussitôt les conséquences qui en découlent ; c'est à cette inconscience, à cette ignorance de la syphilis que l'on doit le nombre élevé des fausses couches, toute la série des hérédos et de ces avortons d'enfants qui alimentent les tables de la mortalité infantile, sans oublier la répercussion que la maladie des parents détermine dans le cercle familial et en dehors de la maison. Les parents, les proches, les amis, la domesticité, par suite du manque absolue d'hygiène et de la malpropreté coutumières, sont voués à la syphilis : les linges, les ustensiles, les tasses, en un mot, tous les objets domestiques d'usage journalier et communs à tous, seront les vecteurs de la maladie.

En indigène soucieux des principes établis, le mari ne saurait se dispenser d'aller au café maure, grand centre de publicité où s'élaborent et se colportent les nouvelles du jour, pour y déguster, dans une douce somnolence, son café. Mais au préalable, suivant l'usage rituel et consacré, il aura bu quelques gorgées d'eau à même le « hallab », récipient en terre glaise ou en fer-blanc, qui circule dans l'assistance et passe de bouche en bouche. La tasse dont il se sera servie, l'embout de la pipe ou du narghilet qu'il aura fumé, la cigarette à demi consumée qu'il passera à son

voisin, iront déposer sur les lèvres des consommateurs les germes virulents que sa salive y aura laissés. La toilette et l'hygiène buccale étant choses inconnues, toutes ces lèvres, toutes ces muqueuses présentant des érosions ou des écorchures, la contamination se produira aussi insidieuse qu'impitoyable.

Les auteurs, qui se sont occupés de la question : le Docteur Jamin, de Tunis ; Lacapère concluent que chez l'enfant en Tunisie la syphilis est surtout acquise. L'aperçu du milieu familial que nous avons esquissé ; la coutume d'embrasser les petits sur la bouche ; la mastication préalable des aliments que la mère effectue avant de les donner à son nourrisson ; les plaies, les lésions de la peau, qui sont tout autant de portes ouvertes à la contagion, expliquent leurs conclusions.

La syphilis en Tunisie revêt un caractère spécial, elle est surtout dermatrope, elle n'a pas ou tout au moins très peu de manifestations nerveuses. Porot, en octobre 1920, citait un cas de paralysie générale, dans le « *Tunis Médical* » ; Broc étudiait, en 1921, la « *Méningite latente et Syphilis nerveuse chez les indigènes musulmans tunisiens* » (*Tunis Médical*, octobre 1921). En février 1923, Broc et Biecheler signalaient un cas de « *Syphilis nerveuse. Tabès fruste* » chez un indigène (*Revue Tunisienne des Sciences médicales* et *Tunis Médical* réunis, février 1923). Pour quelles raisons l'indigène musulman est-il immunisé contre les manifestations nerveuses syphilitiques ; faut-il admettre que cette bénignité est due à une immunisation chronologiquement plus ancienne que

celle des autres affections, nous croyons plutôt que l'alcoolisme, d'importation récente, n'a pas encore eu le temps de leur préparer le terrain. Par contre, l'indigène vient aux consultations pour des lésions cutanées étendues, entraînant souvent des délabrements et de véritables mutilations, son corps n'étant qu'un amas de croûtes suintantes et de sanies infectes.

II. — La lutte antisypilitique en Tunisie ; son état actuel.

Cette situation a vivement préoccupé le gouvernement tunisien ; mais comment agir sur les indigènes, comment leur faire renoncer à des coutumes ancestrales, leur faire modifier des habitudes consacrées par l'usage et si bien adaptées à leurs goûts de farniente et de somnolence ; la voie de la persuasion directe étant impraticable, il a dû se tourner contre la maladie elle-même.

Il fallait obtenir des résultats si manifestes que secouant l'apathie des indigènes, ils en vinssent à réclamer d'eux-mêmes des soins dont ils auraient constaté l'efficacité matérielle, avec les soins on prodiguerait en même temps les conseils d'hygiène et les uns et les autres aidant, on pouvait espérer pénétrer dans la masse et agir sur elle. Nous devons dire en toute justice, que les efforts ne furent pas vains et que le

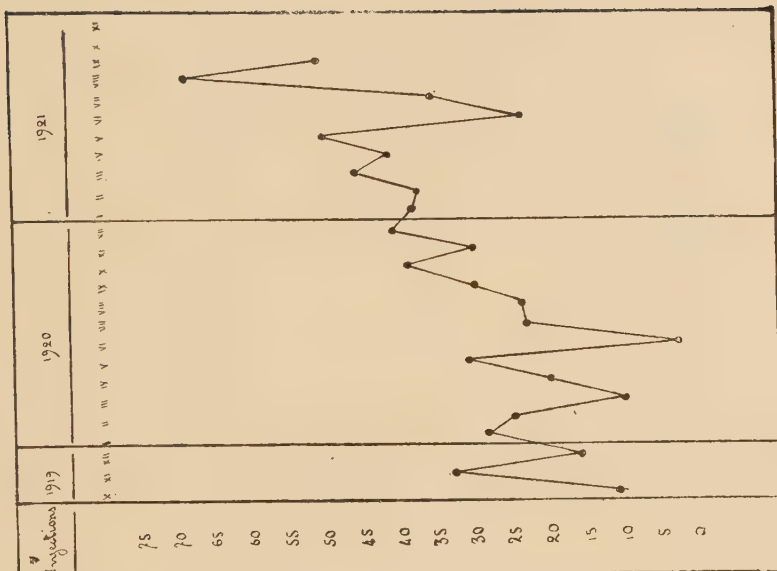
succès obtenu est venu récompenser de justes et légitimes espérances et couronner de laborieux et persévérants travaux.

**§ 1. — Les dispensaires antisyphilitiques ;
l'aide du Gouvernement pour les indigents.**

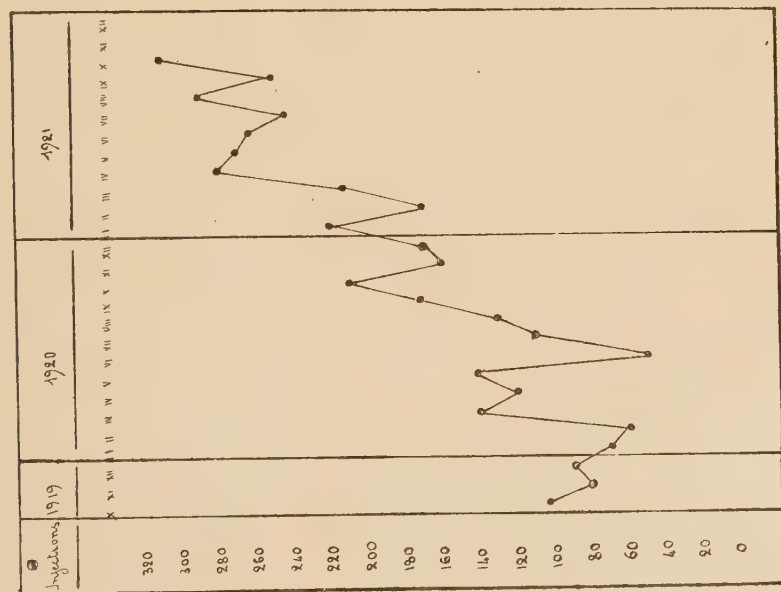
C'est en octobre 1921, que le Docteur Gobert, Directeur de l'Hygiène et de la Santé publiques auprès du Gouvernement Tunisien, résumant dans son programme le travail entrepris dans ce sens, indiquait la tendance suivie depuis la fin de 1918, époque où commença la lutte anti-syphilitique. « *Tout espoir de réduire la propagation de la syphilis repose aujourd'hui presque entièrement sur le traitement systématique des malades. Le problème consiste à mettre à leur portée les moyens efficaces de guérir les lésions et de tarir en même temps la source permanente d'infection qu'elles représentent. Un pas déjà important a été fait dans cette voie par la création à Tunis des services annexes : à l'Hôpital Sadiki d'une part, à l'Hôpital Civil d'autre part. Ces deux services soignent gratuitement tous les syphilitiques qui se présentent, aux consultations de ces deux hôpitaux, grâce à un budget particulier, indépendant des budgets hospitaliers, et qui permet l'emploi large d'une médication très active, mais très onéreuse.* »

Voici d'ailleurs des chiffres qui attestent de l'étendue des efforts entrepris dans ce sens à Tunis depuis la fin de 1918, sous l'active impulsion et suivant les

Hôpital Civil Français.



Hôpital Sadiki.



Directives du Docteur Jamin, chargé du service anti-syphilitique tant au Civil qu'à Sadiki.

Depuis octobre 1919 jusqu'en octobre 1920, il fut pratiqué à Sadiki — c'est-à-dire uniquement en milieu musulman — 6.909 injections, et 1.558 au Civil soit en milieu européen, ce qui pour la seule ville de Tunis et pour une période de trois ans donne la somme de 8.647 injections. D'ailleurs les deux graphiques montrent éloquemment, par la progression rapidement croissante et élevée, l'accueil réservé par les intéressés à une telle mesure prophylactique et thérapeutique.

Pour la seule année 1922, il fut distribué par le Gouvernement Tunisien et à titre gratuit, 5.440 ampoules aux deux services de Tunis.

L'action, loin de se cantonner à Tunis, s'étendait rapidement à tous les centres de colonisation, des consultations gratuites s'ouvraient pour les indigents, alimentés en agent thérapeutique par le Gouvernement ; ainsi pour 1922 il fut distribué 3.250 ampoules aux hôpitaux de l'intérieur, celui de Sousse mis à part, car il en reçut à lui seul 2.950. « *De l'élément essentiel de cette médication, le « Novarsénobenzol », il existe d'une manière permanente à la Direction de l'Hygiène une réserve qui permet de réapprovisionner régulièrement les médecins de colonisation pour les besoins des malades assistés de l'intérieur. Ces services se développent avec régularité. Les musulmans viennent avec empressement à une thérapeutique commode, indolore et dont ils constatent eux-mêmes chaque jour la très rapide activité.* » Nous ajoutons même

la trop grande activité, car dès le début du traitement, qui agit sur l'indigène avec une efficacité remarquable, tout disparaît et rentre dans l'ordre, les lésions fondent, une cicatrice subsiste seule attestant l'emplacement et leur évidence ; aussi, souvent à la quatrième injection, le malade ne revient plus, quitte à le voir réapparaître quelques mois après. Pour ces esprits simplistes, la conclusion est rapide, la preuve est faite : les lésions ont disparu, ils sont guéris, pourquoi s'astreindre alors à un traitement plus suivi, d'autant plus inutile que leur inconscience et leur indolence le lui représentent comme fastidieux.

§ 2. — La prophylaxie antisypilltique chez les prostituées.

« Reste le traitement systématique des prostituées dont le rôle dans la diffusion de la syphilis est certainement important. L'enquête poursuivie pour déterminer le pourcentage des filles syphilitiques indique que celui-ci ne peut être estimé au-dessous de 80 % à Tunis et de 30 % à Sousse. »

Ce n'est point dans une réglementation à outrance de la prostitution avec sa visite obligatoire bi ou hebdomadaire, pas plus que dans ce brevet officiel qu'est la carte d'inscription sur les registres de la police des mœurs, qu'on trouvera le remède efficace contre les maladies vénériennes.

La visite médicale, pas plus d'ailleurs que la carte, ne sont une défense et une protection efficaces et suffisantes au point de vue de la sécurité sanitaire de la

prostituée et de sa clientèle ; dans le laps de temps qui s'écoule d'une visite à l'autre, des lésions, encore en incubation, peuvent éclater qui seront contagieuses, d'autre part un client peut déposer des germes virulents — les soins élémentaires de propreté et d'hygiène étant à peu près méconnus — le successeur qui sacrifiera à Vénus sur le même autel en héritera fatalement. La carte mentionne cependant que la fille est saine et ce pour toute une semaine, garantie bien illusoire !

Mais, la facilité pour ces pauvres et malheureuses égarées de trouver dans des dispensaires spéciaux et gratuits les conseils d'hygiène préventive et les soins curatifs, la chasse impitoyable par la police aux souteneurs qui persécutent les prostituées, les exploitent, les maintiennent de force dans leur triste métier et leur horrible existence, leur imposer la déclaration obligatoire et immédiate de tous les cas suspects qui éclatent dans leur maison et la suspension provisoire pour la femme incriminée de l'exercice de ses fonctions jusqu'à décision médicale, sous la menace de sanctions, tant pour elle que pour le tenancier en cas de non observance, telles sont les mesures qui nous semblent efficaces pour éteindre, sinon la prostitution, tout au moins pour enrayer l'extension des maladies vénériennes.

a) *L'expérience du Laboratoire régional de Sousse.*

« *Le premier essai de traitement systématique des prostituées contagieuses en Tunisie a été inaugurée à Sousse, grâce à l'initiative et à la collaboration du*

médecin municipal et du laboratoire de M. H. Diacono. Toutes les femmes reconnues syphilitiques sont traitées régulièrement, la visite sanitaire étant mise à profit pour l'administration des injections mercurielles ou arsénicales. Avant, au cours et dans les intervalles du traitement, des séro-réactions répétées indiquent la marche et les progrès de la stérilisation. Les traitements ne sont interrompus que lorsque les réactions restent négatives une période assez longue pour permettre de penser que la stérilisation cherchée a été obtenue. »

Pour bien faire, nous devrions transcrire, tout au long, les rapports que M. Diacono a fournis sur le fonctionnement du laboratoire régional de Sousse au cours des années 1922-1923, mais, pour ne pas allonger une thèse par ailleurs si copieuse, nous ne profiterons de son aimable concours et de son autorisation à y puiser largement, que pour exposer la méthode employée et les résultats obtenus.

Chaque prostituée à son arrivée à Sousse est aussitôt examinée et son sang soumis à l'examen biologique, suivant la réponse du laboratoire, elle sera soumise ou non au traitement. *« Il a été créé, pour le Service de Prophylaxie antisiphilitique des filles soumises, des fiches individuelles (avec courbes sérologiques et transcription du traitement) depuis l'organisation du contrôle sérologique, c'est-à-dire depuis le 1^{er} juillet 1921. »*

Jusqu'en fin décembre 1922, chaque séro-réaction comporte trois déterminations sérologiques :

HOPITAL CIVIL

Ce 1^{er} Juillet 1921

SERVICE DE PROPHYLAXIE ANTI-SYPHILITIQUE

Age : _____ sexe _____ Profession filles domestique

Origine Française Service 8

Diagnostic & renseignements cliniques

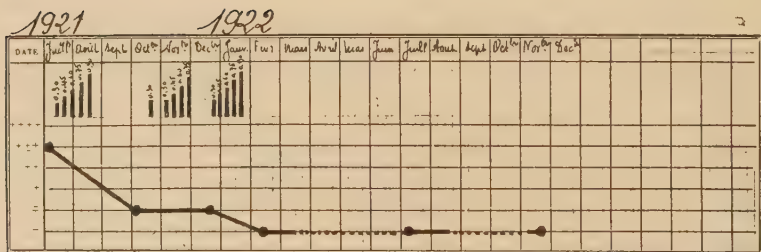
Dates d'hospitalisation _____

TRAITEMENT

N ^o de série	Annee	Date	DOSES	N ^o de série	Annee	Date	Oncos	N ^o de série	Annee	Date	Oncos
1921											
1 ^{re}	Juillet		S.R.	17	Dec 19		S.R.	P. 19/1/12	Karoua		
12	"	0,30	Nora	28	"	0,30	Nora				
13	"	0,45	"	49	"	0,45	"	A. 6/1/12	Karoua		
24	"	0,60	"					18	Nov 12	S.R.	
2	Nov	0,75	"	1922							
9	"	0,90	"	5	Janvier	0,50	Nora				
				12	"	0,75	"				
8	Octob		S.R.	19	"	0,90	"				
19	"	0,30	Nora								
6	Novembre	0,30	"	11	Fevrier		S.R.				
9	"	0,45	"	P. 6 1/4/12	Manu	2/12					
16	"	0,60	"								
26	"	0,75	"	A. 6/3/12	Manu	2/12					
				8	Juillet		S.R.				

OBSERVATIONS

COURBE SÉROLOGIQUE AU DOS



La partie de la courbe isologues en pointillée se rapporte aux périodes où le sujet était absent du centre de contrôle.

[illegible]

VILLE DE SOUSSE

HOPITAL CIVIL

Fiche N° 128

Ce 10 Décembre 1921

SERVICE DE PROPHYLAXIE ANTI-SYPHILITIQUE

Nom Z. O. E.
 Age 30 ans Profession fil. souss.
 Origine Service

Diagnostic & renseignements cliniques

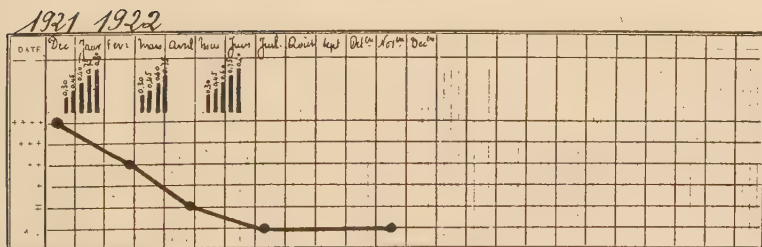
Dates d'hospitalisation

TRAITEMENT

N° de série	Année	Date	DOSES	N° de série	Année	Date	DOSES	N° de série	Année	Date	DOSES
	1921										
	10 Dec		S.R.		29 Avr		S.R.				
	13 "	0,30	Nota		13 Mai	0,30	Nota				
	24 "	0,45	"		20 "	0,45	"				
	31 "	0,60	"		27 "	0,60	"				
					3 Juin	0,75	"				
	1922				10 "	0,90	"				
	7 Janv	0,75	Nota		9 Juill		S.R.				
	14 Janv	0,90	"		18 Nov		S.R.				
	25 Fev		S.R.								
	7 Mars	0,30	Nota								
	14 "	0,45	"								
	22 "	0,60	"								
	28 "	0,75	"								

OBSERVATIONS

COURBE SÉROLOGIQUE AU DOS.



LABORATOIRE DE BIOLOGIE

Directeur : H. DIACONO

Docteur en Pharmacie

Téléphone 123



SOUSSE (Tunisie)

EXAMEN DE SÉRUM SANGUIN

N^o

Date

Nom du malade

Nom du Médecin

Séro-réaction
de la Syphilis

{	I) Sérum chauffé
	(Méthode de Vernes)
{	II) Sérum non chauffé
	(Hecht-Rubinstein)

Conclusion :

Le Chef du Laboratoire,

Notation. — L'interprétation de l'intensité des réactions positives est faite à la lumière de la séro-réaction au sérum chauffé (la séro-réaction au sérum non chauffé étant positive).

- ++++ Réaction positive forte correspond aux teintes T₀ et T₁ de l'échelle colorimétrique de Vernes.
- +++ Réaction positive forte correspond aux teintes T₂ et T₃ de l'échelle colorimétrique de Vernes.
- ++ Réaction positive moyenne correspond aux teintes T₄ et T₅ de l'échelle colorimétrique de Vernes.
- +
- Réaction positive faible correspond aux teintes T₆ et T₇ de l'échelle colorimétrique de Vernes.
- +
- Réaction dissociée correspond à la teinte T₈ ; la séro-réaction de Hecht étant positive.
- Réaction négative correspond à la teinte T₈ ; la séro-réaction de Hecht étant négative.

NOTIONS TECHNIQUES

La séro-réaction de la syphilis a pour but de déceler les modifications du sérum sanguin, provoquées par le spirochète de la syphilis. Ces modifications, d'ordre physico-chimique, sont mises en évidence par addition aux sérums à examiner, soit de *Péréthynol* de VERNES dans la réaction au sérum chauffé, soit de macérations alcooliques de foie d'enfant hérédo-syphilitique, mort-né, dans la réaction au sérum frais

Par la 1^{re} méthode :

- a) si l'indice syphilimétrique est compris entre T_4 et T_0 la réaction est spécifique d'infection syphilitique. « *La succession des examens ne vise que le traitement* » (VERNES : Principes de syphilimétrie, in Atlas de syphilimétrie, page 9).
- b) Si l'indice est compris entre T_8 et T_4 la séro-réaction de Hecht étant toujours positive, deux éventualités peuvent se présenter :
 - 1^o Le résultat conserve toute sa valeur diagnostique pour les cas en traitement (*contrôle du traitement*) : il fait partie d'une courbe sérologique (*tracé syphilimétrique*).
 - 2^o Le résultat doit être précisé au moyen d'une réactivation, jalon arsenical de VERNES, s'il se rapporte à un cas nouveau. Dans cette éventualité « *la succession des examens vise d'abord le diagnostic et ensuite le traitement* » (VERNES, Principes de syphilimétrie, loc. cit.).

La 2^{me} méthode (Méthode de HECHT, modifiée par RUBINSTEIN), dite *Méthode au sérum frais*, a une valeur clinique autonome, limitée aux cas de chancre ou de syphilis traitée. La commission chargée par la SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE d'une étude sur le mariage des syphilitiques (NOVEMBRE 1920), a, dans son rapport, préconisé cette méthode comme méthode de choix.

Elle est l'auxiliaire indispensable de la méthode au sérum chauffé, tant pour la probité du travail du sérologiste que pour l'utilité des résultats.

Plus que toute autre méthode, elle permet de poser un *séro-diagnostic négatif*.

*
* *

Tenant compte de ce qui précède, la concordance des résultats positifs obtenus par les deux méthodes est une preuve de l'infection syphilitique.

La dissociation de la séroréaction (T_8 H +) s'observe ou dans la syphilis au début de l'infection, ou chez les malades traités, ou dans la syphilis latente. Apparaissant avant la réaction au sérum chauffé, la réaction de HECHT persiste encore après que le traitement a fait déjà disparaître la réaction positive obtenue par la première méthode.

Pour les cas nouveaux, on peut admettre que le maintien de cette dissociation après réactivation, ne révèle aucun stigmate humoral d'infection syphilitique.

1° Séro-réaction au sérum chauffé : Péréthynol (méthode personnelle à M. Diacono) ;

2° Séro-réaction au sérum frais : Antigène hérédosyphilitique ;

3° Séro-réaction au sérum frais : Antigène cœur.

« L'interprétation de l'intensité des réaction positives est faite à la lumière de la séro-réaction au sérum chauffé (la séro-réaction au sérum non chauffé étant positive). »

Nous renvoyons d'ailleurs à la fiche annexe qui renseignera sur cette interprétation et sur les différentes méthodes employées.

Depuis fin décembre 1922, c'est-à-dire depuis plus d'un an, chaque sérodiagnostic comporte les déterminations sérologiques suivantes :

- a) Séro-réaction au sérum frais (Hecht-Rubinstein) ;
- b) Sérum chauffé (Technique personnelle) ;
- c) Epreuve de floculation directe (Méthode photométrique de Vernes).

« La marche des progrès de la stérilisation résulte des données numériques comparées des divers semestres » :

	1921		1922		1923	
	Juillet	Décembre	Juin	Décembre	Juin	Décembre
% de syphilitiques. . .	69 %	44 %	29,6 %	26,8 %	19,7 %	17 %
I. M.	1,44	0,42	0,42	0,33	0,28	0,42
I. S.	2,08	0,97	1,44	1,22	1,42	2,47

« Il convient de signaler que sur les 42 + réparties entre la population des filles soumises résidant à Sousse à la fin de l'année 1923, 28 + appartiennent à 7 recrues arrivées dans le courant du mois de décembre.

« Sans ces dernières, la situation serait la suivante :

« % de syphilitiques = 10,7 %,

« Indice moyen (I. M.) = 0,15 par femme,

« Indice syphilitique (I. S.) = 1,40 par femme syphilitique. »

Quoi qu'il en soit, ces chiffres indiquent une diminution progressive du nombre des prostituées sous l'influence d'un traitement systématique et l'efficacité de la méthode, puisqu'en deux ans et demi, le pourcentage a passé de 69 % à 17 % soit une régression de 52 %.

« Pour mieux fixer les progrès de la stérilisation de l'infection, il convient en outre de rapprocher des résultats les plus récents, les résultats fournis, à l'ouverture de leurs fiches, par les femmes appartenant au lot initial de l'expérimentation instituée à Sousse il y a deux ans, et qui sont demeurées soumises, dans la limite permise par leurs multiples déplacements au contrôle sérologique. »

« 35 femmes appartiennent à cette catégorie. »

A la création de leurs fiches (juillet 1921), ces 35 femmes se répartissaient comme suit :

++++	4	sujets	représentant	un	nombre	total	de	16	+
+++	4	»	»	»	»	»	»	12	+
++	5	»	»	»	»	»	»	10	+
+	11	»	»	»	»	»	»	11	+
<u>+</u>	2	»	»	»	»	»	»	1	+
—	9	»	»	»	»	»	»	0	+

35 sujets représentant un nombre total de 50 +

Soit :

1° Un pourcentage de syphilitiques de.....	74,3 %
2° Un indice moyen I. M. de.....	1,43 %
3° Un indice syphilitique I. S. de.....	1,92 %

A la fin de l'année 1923, ces 35 sujets se répartissaient comme suit :

++++	0	sujets	représentant	un	nombre	total	de	0
+++	0	»	»	»	»	»	»	0
++	0	»	»	»	»	»	»	0
+	4	»	»	»	»	»	»	4
+	0	»	»	»	»	»	»	0
—	31	»	»	»	»	»	»	0

35 sujets représentant un nombre total de 4 +

Soit :

1° Un pourcentage de syphilitiques de.....	11,4 %
2° Un indice moyen I. M. de.....	0,114 %
3° Un indice syphilitique I. S. de.....	1,00 %

De ces indications numériques, il ressort que pour ces 35 sujets :

Le pourcentage de syphilitiques a passé de 74,3 % à 11,4 %, soit un abaissement de 84,6 % ;

L'indice moyen I. M. a passé de 1,43 % à 0,114 %, soit un abaissement de 92 % ;

L'indice syphilitique I. S. a passé de 1,92 % à 1,00 %, soit un abaissement de 47,9 %.

« Un autre critère, permettant de mesurer les résultats acquis à Sousse, découle de l'examen des fiches dont le tracé sérologique comporte un minimum de trois épreuves de contrôle biologique. »

« Sur les 100 femmes présentes à Sousse le 31 décembre 1923, 74 appartiennent à cette catégorie. »

« A l'ouverture de leurs fiches, ces 74 sujets se répartissaient comme suit :

++++	8	sujets représentant un nombre total de			32	+
+++	4	»	»	»	12	+
++	9	»	»	»	18	+
+	15	»	»	»	15	+
+	8	»	»	»	4	+
—	30	»	»	»	0	+

74 sujets représentant un nombre total de 81 +

« Soit :

- 1° Un pourcentage de syphilitiques de..... 59,46 %
- 2° Un indice moyen I. M. de..... 1,09 %
- 3° Un indice syphilitique I. S. de..... 1,84 %

« A la fermeture de leurs fiches (décembre 1923), ces mêmes sujets se répartissent comme suit :

++++	1	sujet représentant un nombre total de			4	+
+++	1	»	»	»	3	+
++	0	»	»	»	0	+
+	5	»	»	»	5	+
<u>+</u>	2	»	»	»	1	+
—	65	»	»	»	0	+

74 sujets représentant un nombre total de 13 +

« Soit :

- 1° Un pourcentage syphilitique de..... 12,14 %
- 2° Un indice moyen I. M. de..... 0,174 %
- 3° Un indice syphilitique I. S. de..... 1,44 %

« De ces indications numériques, il ressort :

- 1° Un abaissement de 79,5 % du pourcentage de syphilitiques ;
- 2° Un abaissement de 84,03 % de l'indice moyen I. M. ;
- 3° Un abaissement de 21,74 % de l'indice syphilitique I.S.»

Ces résultats doivent être rapprochés de ceux obtenus à Kairouan où la lutte antisypilitique en milieu prostitué a été entreprise depuis un an sur les mêmes bases et avec les mêmes méthodes qu'à Sousse.

« Depuis l'organisation du service (30 décembre 1922), il a été créé 85 fiches individuelles pour les filles soumises de cette localité. »

« Sur ce nombre, 37, demeurent inscrites au 31 décembre 1923. »

« Elles se répartissent, au point de vue sérologique, comme suit :

++++	6	sujets	représentant	un	nombre	total	de	24	+
+++	2	»	»	»	»	»	»	6	+
++	1	»	»	»	»	»	»	2	+
+	8	»	»	»	»	»	»	8	+
+	6	»	»	»	»	»	»	3	+
—	14	»	»	»	»	»	»	0	+
	37	sujets	représentant	un	nombre	total	de	33	+

« Soit :

- 1° Un pourcentage de syphilitiques de..... 62,1 %
- 2° Un indice moyen I. M. de..... 1,16 %
- 3° Un indice syphilitique I. S. de..... 1,87 %

« Pour évaluer les réalisations effectuées à Kairouan depuis une année, en matière de prophylaxie antisypilitique, il convient d'éliminer les fiches récemment créées et de rapprocher du résultat biologique initial, le résultat fourni en décembre 1923 par les femmes présentes à Kairouan à la création du Service en décembre 1922. »

« 25 femmes appartiennent à cette catégorie. Les résultats fournis, à l'ouverture de leurs fiches, sont les suivantes :

++++	8	sujets	représentant	un	nombre	total	de	32	+
+++	1	»	»	»	»	»	»	3	+
++	0	»	»	»	»	»	»	0	+
+	4	»	»	»	»	»	»	4	+
+	0	»	»	»	»	»	»	0	+
—	12	»	»	»	»	»	»	0	+

25 sujets représentant un nombre total de 39 +

« Soit :

- 1° Un pourcentage de syphilitiques de..... 52 %
- 2° Un indice moyen I. M. de..... 1,56 %
- 3° Un indice syphilitique I. S. de..... 3,00 %

« A fin décembre 1923, ces mêmes sujets se répartissent comme suit :

++++	2	sujets	représentant	un	nombre	total	de	8	+
+++	1	»	»	»	»	»	»	3	+
++	2	»	»	»	»	»	»	4	+
+	6	»	»	»	»	»	»	6	+
+	2	»	»	»	»	»	»	1	+
—	12	»	»	»	»	»	»	0	+

25 sujets représentant un nombre total de 32 +

« Soit :

- 1° Un pourcentage de syphilitiques de..... 52 %
- 2° Un indice moyen I. M. de..... 0,88 %
- 3° Un indice syphilitique I. S. de..... 1,69 %

« De ces indications numériques, il ressort que le pourcentage de syphilitiques s'étant maintenu identique à lui-même, la mesure biologique de l'infection a baissé dans de notables proportions :

« Indice moyen I. M., abaissement de 43,5 % ;

« Indice syphilitique I. S., abaissement de 43,66 %. »

Toute la région, desservie par le laboratoire régional de Sousse : comprenant les centres de Sousse, Kairouan, Kairouan-banlieue, Mahdia, Monastir, Moknine, participait à la méthode, ayant Sousse pour base d'examen. Le laboratoire reçut, pour l'année 1923 : 974 prises de sang, or, chaque séro-diagnostic comportant trois déterminations sérologiques, c'est donc 2.922 séro-réactions qui furent exécutées. Toutefois, comme le faisait remarquer, non sans regret, le Directeur de l'Hygiène auprès du Gouvernement tunisien :

« Le seul défaut de cet essai, dont les premiers résultats sont extrêmement encourageants, est qu'il est isolé. Les traitements commencés à Sousse sous le contrôle de la séro-réaction, ne sont pas poursuivis lorsque les femmes se déplacent et le bénéfice des premiers efforts se trouve ainsi partiellement perdu. »

« Pour recueillir tous les fruits qu'on est en droit d'attendre du traitement antisypilitique des prostituées, celui-ci doit être instauré et poursuivi dans toutes les communes où les prostituées sont soumises au contrôle médical. »

b) *La nouvelle réglementation de police spéciale ; ses avantages, les améliorations apportées.* — La Direction de l'Hygiène envisageant la lutte antisypilitique parmi les prostituées, proposait au Gouvernement une nouvelle réglementation de la police spéciale.

« Il devient donc urgent, pour compléter l'œuvre des services annexes pour les syphilitiques indigents, tant à Tunis que dans l'intérieur, d'organiser le traitement systématique des prostituées sur le modèle de ce qui a déjà été fait à Sousse. »

FICHE SANITAIRE

Dispensaire de

Norm

Prénoms

Surnom _____ n° _____

Date et lieu de naissance _____

Photographic

Observations cliniques et hospitalisations

Courbe sérologique

[illegible]

Examens microscopiques

[illegible]

Fiche sanitaire (recto)

TRAITEMENTS

[illegible]

Fiche sanitaire (verso)

« A cette fin, la Direction de l'Hygiène a d'ores et déjà étudié un nouveau règlement, qui, promulgué sous la forme d'arrêté ministériel et destiné à se substituer aux anciens arrêtés municipaux régissant la police des mœurs, est entré en vigueur au 1^{er} janvier 1923. Ces anciens arrêtés présentent un caractère désuet qui en commande l'abrogation. Le plus complet est l'arrêté municipal de Tunis du 16 décembre 1903 dont l'étude permet d'apprécier dans quel esprit ces instruments ont été conçus ayant en vue uniquement la contrainte policière la plus brutale et la plus arbitraire, plaçant le médecin au rang d'un sous-ordre vis-à-vis du commissaire des mœurs (art. 22 et 27) et interdisant au médecin de dispenser aucun soin (art. 23) ! Bien que ce dernier trait soit invraisemblable, il est exact. »

« Personne ne pense plus que la surveillance de la prostitution par une police spéciale garde aucune raison d'être si elle n'a, ni pour but, ni pour résultat, le traitement et la guérison des prostituées contagieuses. »

« Le nouveau règlement est une œuvre de transition. Tout en conservant un certain ombre des rigueurs des règlements précédents, malgré la répugnance qu'elles inspirent à tout esprit libéral, il cherche à adapter les institutions qui ont eu jusqu'ici pour mission de comprimer et de réprimer la prostitution, et dont la faillite dans cette voie est consommée, à un rôle plus strictement sanitaire. »

« Le but à atteindre est d'amener par la contrainte d'abord, par l'exemple et la persuasion ensuite, le plus grand nombre possible de prostituées à se soigner constamment tant qu'elles sont susceptibles de présenter des accidents contagieux. Il tombe sous le sens que des traitements prolongés ne seront acceptés et, à plus forte raison, recherchés que s'ils imposent un minimum de gêne et le minimum de sacrifice pécuniaire, tout en présentant le maximum d'efficacité. »

Voici d'ailleurs, à titre documentaire les principaux articles du nouvel arrêté concernant la prophylaxie et la surveillance médicale des prostituées en Tunisie.

L'article 4, du Chapitre I^{er} relatif aux dispositions générales, prévoit au moment de toute nouvelle inscription :

« L'envoi au dispensaire de salubrité, ou au médecin chargé de la visite, d'une fiche sanitaire portant le numéro du registre d'inscription, les noms et état civil, la photographie, des tableaux pour les observations médicales, l'inscription des examens de laboratoire et des traitements. »

L'article 6 signale :

« Qu'en cas d'expulsion, celle-ci sera différée jusqu'à guérison, lorsque la coupable sera trouvée porteuse de lésions contagieuses et, de ce fait, d'abord hospitalisée aux frais de la commune. »

Les articles 11 et 12 du Chapitre II, imposent à toutes les femmes isolées :

« De se rendre une fois par semaine au dispensaire de salubrité pour y subir la visite médicale et chaque fois qu'il y aura lieu un traitement d'entretien, aux jours et heures qui leur sont notifiés par la police. »

« Les traitements d'entretien sont gratuits. »

« Elles peuvent être soumises à des visites inopinées qui seront toujours gratuites. »

« Précédemment inscrites ou non, les femmes isolées, dès leur arrivée sur le territoire d'une commune, doivent notifier leur arrivée au commissariat des mœurs et ne peuvent se livrer à la prostitution avant d'avoir subi la visite médicale. »

« Leur départ devra être signalé 20 heures à l'avance et ne pourra s'effectuer qu'après une nouvelle visite médicale à résultats négatif. »

Le paragraphe 4 de l'article 18 recommande aux prostituées :

« De se conformer en tous points aux prescriptions hygiéniques de l'Autorité municipale ; de se prêter à la diffusion des produits ou appareils prophylactiques qui leur seraient recommandés par le Bureau d'hygiène, de veiller à l'affichage et à la conservation de tous avis, à la distribution de tracts qui pourraient leur être remis par la même Autorité. »

L'article 19, interdit aux tenanciers :

« De soigner, laisser ou faire soigner dans leur maison, pour des affections vénériennes contagieuses, des femmes inscrites. »

L'article 21, crée une obligation stricte sous peine de sanctions, aux maîtresses de maison :

« De surveiller elle-même ou de faire surveiller, matin et soir, et chaque jour, la bouche et les parties sexuelles de leurs pensionnaires. Elles doivent avertir sans délai de toute lésion suspecte constatée le médecin communal, directement ou par l'intermédiaire de la police. En cas de négligence à ce sujet, sur le rapport du médecin constatant au cours de la visite réglementaire qu'une femme est atteinte depuis plusieurs jours d'une lésion contagieuse apparente, le tenancier ou la tenancière de maison seront privés temporairement ou définitivement de leur tolérance. »

Le Chapitre V du présent arrêté a, plus spécialement, trait à la surveillance médicale elle-même.

ART. 23. — *« Toute femme se livrant à la prostitution, qu'elle soit isolée ou en maison, est tenue de se soumettre, au moins une fois par semaine, au contrôle sanitaire et deux fois par an à la réaction de fixation. Celle-ci sera effectuée dans le laboratoire désignée par l'Administration. »*

« Tout manquement à la visite pour raisons de santé devra être contrôlé, au domicile même de la prostituée, par le ou les médecins chargés du contrôle sanitaire. »

« De plus, une visite extraordinaire lui sera imposée à son arrivée et à son départ, chaque fois qu'elle rentrera d'une absence, qu'elle changera de résidence ou qu'elle passera d'une maison de tolérance dans une autre, à moins que ces mutations ne coïncident avec le jour de la visite ordinaire. »

ART. 24. — « Les visites et contre-visites sont effectuées par des médecins désignés et rétribués par l'Administration municipale. »

ART. 25. — Toute femme présentant une réaction de fixation positive ou ayant montré récemment des accidents de syphilis active ayant ou non entraînés son admission à l'hôpital, recevra un traitement d'entretien. Son passage au dispensaire, en vue de la visite, sera mis à profit pour lui administrer ledit traitement. Ce traitement sera gratuit au dispensaire. »

« Dans aucun cas, les médecins attachés aux dispensaires, aux hôpitaux, infirmeries dépendant de l'Administration générale ou de la Municipalité, ne pourront recevoir directement ou indirectement d'honoraires des prostituées confiées à leur surveillance ou à leurs soins pour traitement de maladies vénériennes lorsque ces traitements seront exécutés dans les dits établissements. »

ART. 27. — « Les accidents contagieux constatés lors de la visite sanitaire, les séjours à l'hôpital, les diagnostics de sortie, les traitements reçus, les traitements d'entretien au fur et à mesure d'exécution, les résultats de tous examens de laboratoire seront inscrits par les médecins sur les fiches sanitaires. » (Voir : Article 4, § 3.)

ART. 29. — « A l'issue de la visite, les femmes reconnues contagieuses seront maintenues au dispensaire ou accompagnées à l'hôpital, comme il est prescrit au dernier paragraphe de l'article 11, suivant la décision du médecin visitant, et y seront maintenues jusqu'à extinction de la lésion virulente. »

« Toute femme hospitalisée comme vénérienne sera accompagnée à l'hôpital d'une fiche de renseignements médicaux remplie par le médecin visitant du dispensaire au départ et par le médecin traitant de l'hôpital au retour. »

« Les frais d'hospitalisation des femmes isolées et en maison sont à la charge de la Municipalité, qui perçoit une taxe fixée par délibération du Conseil municipal, approuvée par le Directeur général de l'Intérieur. Elle est perçue par un agent opérant pour le compte de la commune qui en délivre quittance. »

Il résulte de ce long exposé que la lutte antisypilitique ainsi conçue et entreprise chez les prostituées en Tunisie, est entrée dans la phase de réalisation ; qu'elle donne des résultats probants et efficaces ; qu'elle dispose d'un moyen d'action puissant dans le dispensaire secondé par le laboratoire ; que sa fiche sanitaire est une innovation heureuse et profitable, permettant de suivre et de surveiller efficacement, sans perte de temps ni gaspillage, toute contaminée ; que le nouvel arrêté de police sanitaire spéciale, conçu dans un esprit libéral et humanitaire, loin de constituer une brimade ou une mesure vexatoire, apporte un secours salulaire à la malheureuse atteinte, lui assurant par la gratuité et l'obligation de soins médicaux éclairés et constants, la disparition de son affection, un soulagement à sa misère, supprimant ainsi la propagation des maladies vénériennes et leur extinction au pays de la Régence.

III. — La Prophylaxie antisyphilitique rationnelle.

Ainsi que le dit Levaditi, une compréhension rationnelle de la prophylaxie antisyphilitique découle de trois méthodes :

- 1° La prophylaxie par traitement des malades ;
- 2° La prophylaxie morale et éducative ;
- 3° La prophylaxie individuelle.

§ 1. — Prophylaxie collective par traitement systématique des malades ; collaboration étroite de la clinique et du laboratoire.

Dans une conférence faite à l'Institut Pasteur, en avril 1923, ce même auteur s'exprimait ainsi : « *Se servir des meilleurs médicaments antisyphilitiques ; les appliquer le plus tôt possible, dans des conditions facilement acceptables par les malades, suivre leurs effets par des examens sérologiques précis et fréquemment répétés, voilà le but de ce mode prophylactique, dont les conséquences sont la stérilisation rapide et totale des sources de contagion.* »

« *Seule une organisation parfaite permet d'atteindre à ce but.* »

Nous avons vu que la Direction de l'Hygiène, à Tunis, distribue à titre gracieux aux hôpitaux et dispensaires publics, dépendant de la Direction générale de l'Intérieur, les arsénicaux et spécialités antisyphilitiques destinés au traitement des malades indigents.

Ces spécialités, dont le nombre s'accroît chaque jour, sont l'objet, de la part des médecins chargés du traitement ambulatoire des syphilitiques dans les hôpitaux de Tunis, d'un examen et d'un essai clinique attentifs, dont le but est en particulier de guider la Direction de l'Hygiène dans le choix des produits et des marques qu'elle achète et distribue. Parmi les produits arsénicaux, celui qui est employé le plus couramment, est le *Novarsénobenzol* ; une seule préparation bismuthique est utilisée de préférence, c'est le *Muthanol* ; jusqu'à nouvel ordre, c'est cette préparation que distribue la Direction de l'Hygiène.

Nous avons vu également que la lutte antisyphilitique par le traitement des malades était poussée activement, tant en milieu indigent que parmi les prostituées ; toutefois, il nous semble que l'expérience de Sousse, étant donné ses résultats, devrait être généralisée à toute la Tunisie ; on aurait ainsi une organisation simple et uniforme.

A cet effet, divisant la Tunisie en trois circonscriptions médicales, répondant aux régions du Nord, du Centre et du Sud, dont Tunis, Sousse et Sfax seraient les centres naturels tout indiqués, tous desservis par des voies de communication assez rapides, chacun serait doté d'un laboratoire de biologie ; on aurait ainsi trois bases où les médecins de colonisation en-

verraient les examens de sang, en vue du séro-diagnostic. Ces laboratoires régionaux, dotés d'une subvention gouvernementale, indemnisés aussi par les municipalités pour tout examen effectué par prostituée leur ressortissant, défrayés également par les examens pour clients payants, auraient ainsi leur vitalité assurée, d'autant plus que leur champ d'action ne serait pas limité uniquement à cette voie, toutes les recherches biologiques pouvant y être entreprises.

Les médecins y trouveraient une aide précieuse que nécessitent les données médicales actuelles, où clinique et laboratoire collaborent étroitement pour supprimer une expectative souvent préjudiciable, lever un doute et déclancher prématurément le traitement et les soins prophylactiques opportuns.

Dans leurs hôpitaux ou dispensaires-infirmières, à la lumière de la séro-réaction, les médecins poursuivraient le traitement ou l'isolement des prostituées contaminées, les frais nécessités étant prélevés sur la redevance sanitaire, que perçoivent par femme, à chaque visite, les municipalités en cause, l'intéressée étant exonérée de tout débours.

Et nous ne croyons pas avoir des prétentions exorbitantes en demandant que les redevances — cependant dites « sanitaires » — soient employées d'abord dans un but sanitaire et d'hygiène publique et que les municipalités qui les perçoivent se montrent un peu plus libérales vis-à-vis de celles qui alimentent leur caisse. Il nous semblerait judicieux et équitable que cette dîme perçue servît tout d'abord à régler les

frais d'hospitalisation et de traitement des prostituées, le surplus serait réparti entre la municipalité pour améliorer son hygiène urbaine, le dispensaire ou l'hôpital pour l'achat de l'agent thérapeutique, et permettre, pour les indigents communaux, l'emploi plus large d'une médication coûteuse dont le gouvernement ne peut assumer seul le renouvellement ; le laboratoire régional aurait aussi sa quote-part.

Entretenir des dispensaires, subvenir aux frais de traitement et d'hospitalisation des prostituées, c'est non seulement faire preuve de prévoyance sociale, mais effectuer une spéculation fructueuse qui, tout en ne grevant pas lourdement le budget au début, diminuera très rapidement ses charges en faisant décroître le nombre des indigents et des prostituées syphilitiques ; à une bonne administration des deniers publics se joindra une œuvre vraiment humanitaire et sociale.

Le médecin de colonisation, avec le concours du laboratoire, constituerait ainsi, pour toutes les prostituées de sa circonscription, « *un dossier sanitaire tel qu'il a été réalisé à Sousse, constitué par une fiche résumant l'observation clinique et comprenant un tableau précis du traitement suivi et en cours, ainsi que des variations des séro-réactions.* »

Cette fiche, dont le médecin initial garderait le double, suivrait les intéressées dans leurs résidences successives.

Un bureau, centralisant tous ces dossiers, pourrait ainsi exercer une surveillance continue, réprimant tou-

tes les fuites, rappelant à l'obéissance celles qui tenteraient de s'y soustraire, préviendrait le nouveau médecin traitant en lui fournissant la fiche de renseignements ; celui-ci, éclairé, poursuivrait sans interruption le traitement commencé.

§ 2. — **Prophylaxie morale, éducative et individuelle.**

Tant de misères et de calamités sont le résultat de l'ignorance et du défaut d'instruction sanitaire de la jeunesse, sans compter l'insouciance coupable des maris devant laquelle la femme indigène est désarmée. Le moyen le plus efficace, pour éviter tant de répercussions malheureuses, n'est point dans la répression ni les lois policières, mais c'est en rendant les lois plus adéquates aux exigences de la nature ; c'est en améliorant les mœurs par l'éducation bien comprise des deux sexes ; c'est en enseignant aux indigènes leurs devoirs d'époux, de père, que l'on arrivera à inculquer à la collectivité l'idée de responsabilité morale et sociale, dont chacun est le dépositaire, et qu'il ne saurait méconnaître sans léser profondément tout l'édifice.

Que chacun prenne conscience de ses devoirs, s'appliquant à lui-même cette antique parole : « *Garde ton cœur avant toutes choses, car c'est lui qui est la source de la vie* », que les intérêts généraux prennent le pas sur les convoitises particulières, que chacun connaisse le rôle qui lui est dévolu dans la race,

que la notion de probité morale et d'hygiène physique, *Mens sana in corpore sano*, régisse les esprits, ce sera la meilleure prophylaxie.

A la lumière de la science positive, qui édictera des lois d'hygiène morale naturelle et d'économie sociale, indispensables pour faire régner dans le monde la paix, la justice et le bonheur, l'instruction et l'éducation scientifiques feront germer dans tous les cerveaux et dans toutes les consciences, à la place des dogmes théocratiques surannés, les principes de la justice sociale et de la solidarité humaine, condensés en cette sublime profession de foi : « J'ai pour Dieu la nature éternelle pour religion, la science ; pour culte, l'humanité. »

CHAPITRE III

La Tuberculose en Tunisie.

I. — La Tuberculose maladie sociale.

La tuberculose, ce fléau mondial dont les ravages imposent à l'humanité la mortalité la plus effrayante, car son domaine est de toutes les latitudes, est un mal social qui s'aggrave en raison directe des progrès de la civilisation. Pour paradoxal qu'il soit, ce fait de constatation journalière et courante s'impose comme une vérité des plus évidentes, des plus navrantes aussi. Les abus, les excès, les vices et la misère qu'entraînent le plus souvent les pseudo-progrès de la civilisation — mais qui n'en sont que les bas côtés, les scories inutiles et malfaisantes — ouvrent une large voie à l'éclosion de la tuberculose, lui offrant des organismes énervés, déprimés, usés par une vie factice et trépidante.

Aussi, appartient-il à la civilisation de tendre une main généreuse et secourable aux malheureux déshérités, victimes inconscientes ou téméraires de ses progrès.

En face de ce fléau qui, sans trêve ni relâche, fixe son choix sur l'âge où l'homme, alors dans la plénitude de ses moyens et de sa force, voit s'ouvrir devant lui les plus louables et légitimes espérances, où il acquiert encore ou possède déjà toute sa valeur maxima, tant pour lui que pour sa famille, sa patrie, l'humanité, il est terrible et décevant de voir l'apathie des individus et parfois des gouvernements.

Pour des spéculations ruineuses et hasardeuses, dont le lucre est le seul but, l'idéal unique, le mobile qui les inspire, l'appât du gain fait trouver aisément des sommes dont l'énoncé seul fait frémir ; mais quand il s'agit de prévenir et de combattre efficacement la tuberculose humaine, il n'y a plus de crédit, plus d'argent !

Et la science, qui possède aujourd'hui le secret des causes de ce mal redoutable et universel, ainsi qu'elle détient les moyens d'en arrêter la diffusion et les fâcheux effets, est à peine écoutée, quand il s'agit de passer à l'application d'une prophylaxie sûre et efficace. Les peuples, comme les hommes, ne sont que des pantins, agités toujours par les mêmes ficelles de la vanité et de l'intérêt. Ce qui n'est pas basé sur l'orgueil, l'égoïsme, la vanité surtout, est entaché, à leurs yeux, de ridicule et de sottise.

§ 1. — **La Tuberculose et l'avenir de la Race.**

Toutefois, depuis quelques années cependant, l'opinion publique et les gouvernements, justement émus, ont pris conscience du danger qui sournoisement

minait les peuples ; la lutte anti-tuberculeuse est devenue, de nos jours, — surtout depuis l'expérience de la guerre — un devoir pour toute collectivité soucieuse de son développement et de sa vitalité et, à défaut de tout sens humanitaire, une obligation dans son propre intérêt. Lutter contre la tuberculose, c'est améliorer l'avenir de la race, lui maintenir le sang généreux et fort que lui ont transmis les aïeux, la rendre robuste et florissante.

« Lutter contre la tuberculose, dit J. Courmont, c'est améliorer, plus qu'on ne pourrait le croire, l'état sanitaire d'un pays. La tuberculose domine toute la santé d'une nation. »

Et d'ajouter :

« Une nation qui arrive à diminuer le nombre de ses tuberculeux apparents (phtisiques, tuberculeux chirurgicaux, etc.), améliore, du même coup, son état sanitaire général ; disparaissent en même temps une quantité d'affections para-tuberculeuses, qui grèvent lourdement les tables de morbidité et de mortalité. »

Aussi, la lutte anti-tuberculeuse, jusqu'alors presque inexistante, en Tunisie, puisque ses deux organes d'action remontent à 1918 seulement, devient-elle une question vraiment vitale pour ce pays, dont les malheureuses victimes voient leur nombre s'accroître chaque jour, tant à Tunis qu'à la campagne, un problème angoissant pour la race où la sauvegarde de toutes les énergies, de toutes les activités, s'impose comme une nécessité impérieuse et un devoir inéluctable.

Nous réclamons pour les tuberculeux de Tunisie : pitié, aide et assistance !

**§ 2. — Le milieu tuberculeux, le taudis ;
ses répercussions : la contagion, la diffusion.**

L'esprit curieux reste frappé, quand on étudie la répartition de la tuberculose, quand on « dissèque sa carte », suivant l'expression des frères Courmont, de constater qu'elle n'est point uniformément répartie : certaines régions lui semblent réfractaires ; d'autres, au contraire, sont plus particulièrement atteintes. De même, dans une ville, elle semble se complaire à certains quartiers, et dans ceux-ci, à certaines maisons. Ce phénomène, quoique étrange au prime abord, a cependant une explication toute naturelle. Nul destin cruel ou jaloux ne marque, à la naissance, les victimes futures ; son emprise est toujours évitable, sans que rien ne l'impose obligatoirement ; seuls cependant, une hygiène déficiente ou des logements insalubres entretiennent une atmosphère propice à son éclosion et à son évolution ; elle présente une électricité particulière pour la maison maudite, « le taudis », vers lequel aboutit toute enquête à son sujet.

Ce n'est point une endémie implacable, une force de la nature indomptable, broyant tout sur son passage, sans qu'on puisse opposer une barrière à ses débordements, mais, tel un torrent impétueux, elle peut être canalisée, endiguée, vaincue.

Il faut en finir avec cette opinion, survivance d'un vieil esprit casanier et routinier, paralysant toute

activité de geste et de pensée, entravant toute action énergique et efficace, à moins qu'elle ne soit un masque à l'ignorance voulue ou à l'indifférence criminelle de ses partisans. Plus d'hypocrisie s'inclinant devant l'hérédité, ce fantoche creux, auquel on a voulu attribué, pendant des siècles, un rôle important et désastreux dans la transmission de la tuberculose ; le bacille ne passe pas de la mère au fœtus, si le placenta ne présente aucune lésion ; des femmes tuberculeuses peuvent mettre au monde des enfants sains.

La tuberculose, comme l'ont démontré Villemin, en 1865, défini et confirmé Koch, en 1884, est une maladie contagieuse, transmissible d'homme à homme, redoutable par ses origines et dans ses conséquences économiques et sociales, mais contre laquelle on peut opposer actuellement un armement prophylactique, générateur de protection et de sécurité.

Le manque d'air et de lumière, les logements surpeuplés, où tous les membres d'une famille vivent dans une promiscuité constante, un entassement compact, respirent une atmosphère chargée de vapeurs délétères, de poussières, qui, par suite de la raréfaction de l'oxygène, ne sont plus brûlées par l'acte respiratoire, le surmenage, l'alimentation insuffisante et défectueuse sont tout autant de causes qui favorisent la stagnation des microbes et leur pullulation au niveau des poumons.

Voilà toute une famille physiologiquement moins résistante ; qu'un bacille de Koch pénètre dans cet

intérieur, sa subsistance est assurée, le terrain tout préparé à son développement.

Que le chef vienne à être atteint, c'est la misère et tout son cortège.

« Pendant les longs mois que durera la maladie, tout cède à la fois, au moment où l'entourage, exposé à la contagion, aurait besoin du maximum de résistance. Les salaires diminuant ou disparaissant : c'est la nourriture insuffisante, c'est le logement surpeuplé (parce qu'on recherche un loyer moins cher), c'est la malpropreté, le surmenage, la moindre surveillance des enfants. »

Et, dans cette ambiance continuellement souillée par les particules salivaires (gouttelettes de Flügge) ou les crachats du malade, la femme, les petits évoluent ; la contamination est certaine.

« Une famille ouvrière, dont le chef est tuberculeux, est une famille socialement atteinte ; ses sources de résistance sont taries. De nouveaux cas de tuberculose vont se produire. Née du paupérisme et de la mauvaise hygiène, la tuberculose conduit au paupérisme et au manque d'hygiène. C'est un cycle terrible. »

Maladie sociale, avons-nous dit en débutant, maladie de misère, fonction d'une association collective défectueuse, elle nécessitera des remèdes sociaux : à toute amélioration sociale correspondra une diminution de la tuberculose ; ce sera l'œuvre du législateur. Mais, s'il faut s'attacher à conserver au terrain humain sa résistance naturelle par une hygiène sans cesse plus stricte et plus surveillée, il faut aussi et

c'est primordial, en détruire la graine microbienne, donc évitable : ce sera l'œuvre des médecins.

Ces deux caractères sont intimément confondus et ne sauraient être dissociés pour mener à bien une telle entreprise. Ce n'est que par la collaboration étroite des administrations publiques et des initiatives privées, avec le concours des connaissances et des ressources médicales, que la lutte anti-tuberculeuse peut être assurée d'un rendement et d'une vitalité efficaces et durables.

C'est de cette cohésion entre le médecin, qui dépiste la maladie, la pourchasse, l'attaque, en paralyse les effets, et le gouvernement qui, à l'appui des décrets législatifs prescrivant les mesures d'hygiène, vote les crédits nécessaires et suffisants pour en permettre l'application, que sortira l'armement anti-tuberculeux.

II. — L'armement antituberculeux en Tunisie.

La mise en vigueur des lois du 15 avril 1916, sur les dispensaires, et celle du 7 septembre 1919, sur les sanatoriums, lois Léon Bourgeois et Honnorat aboutissement de l'active impulsion des idées nouvelles et des expériences réalisées au cours de la grande guerre, déclanchait, en France, un grand mouvement

humanitaire et social. La lutte contre la tuberculose, forte de l'appui officiel du gouvernement, désormais dégagée des préoccupations matérielles et financières qui l'avaient paralysée jusqu'alors, la vouant à une inaction forcée, sortait de la phase des essais timides et hésitants, pour entrer dans la voie des réalisations concrètes.

La Tunisie, animée du même esprit libéral et philanthropique, abordait, à son tour, ce grave problème, et faisant siennes les données nouvelles, s'essayait elle aussi, pour son propre compte, de s'y appliquer et de s'y adapter.

En 1918, des esprits hardis et charitables, justement émus des ravages de la tuberculose dans la Régence, fondaient l'« Association tunisienne pour la lutte contre la tuberculose », qui prit le nom d'« Œuvre Villemin ». Cette initiative privée, groupant des personnalités généreuses, grâce à un concours médical aussi dévoué que désintéressé, ouvrait à Tunis, en avril 1919, un dispensaire, 6, rue Monrad.

Presque à la même époque, sous le patronage de l'U. F. F., fut créé, aux portes de Tunis, sur les bords de son golfe, un preventorium marin : « L'Institut héliothérapique du Kram ».

Une école de plein air, à l'Ariana, venait, par la suite, compléter l'Œuvre des Colonies de vacances.

Enfin, l'Hôpital civil français ouvrait une de ses salles aux tuberculeux, qui restaient confondus avec les autres malades à Sadiki.

Tel est, actuellement, l'armement anti-tuberculeux de la Tunisie, bien restreint, sans doute, mais ce qui

existe est tout à la gloire de ses créateurs, qui, à leurs débuts, sans aide ni appui du gouvernement, grâce à la seule générosité de bienfaiteurs privés, ont pu mener à bien cette noble entreprise et ont réalisé une expérience de la plus haute valeur, qui peut et doit servir de base et de guide à l'organisation officielle, dont l'ampleur, nous n'en doutons pas, correspondra à l'importance de la tâche à remplir.

Exposer les résultats obtenus sera rendre le plus juste hommage à leurs auteurs. Toutes ces tentatives isolées, fatalement incomplètes, manquent de cohésion et ne peuvent produire le rendement qu'on serait en droit d'attendre de si persévérants et laborieux efforts, mais ceux qui furent réalisés plaident éloquemment en faveur d'une lutte organisée où chaque œuvre aura son rôle et sa place et partant une action efficiente.

§ 1. — Le dispensaire antituberculeux :
L'Œuvre Villemin.

L'Œuvre Villemin, au cours de ces trois dernières années, sous l'active impulsion de Mme Charlety, dont elle est l'âme, a secouru indistinctement les tuberculeux de toute race, de toute nationalité, de toute confession, qui se présentaient à ses consultations.

Les chiffres du tableau suivant indiqueront l'activité de cette œuvre :

	1921	1922		
Séances de consultations	245	210		
Examens médicaux.....	2.689	2.288		
Séances de radioscopie	36	35		
Examens radioscopiques.....	451	390		
Examens de laboratoire.....	82	70		
Malades nouveaux.....	563	522		
dont :		Adultes	Enfants	Totaux
Français	55	25	21	46
Italiens.....	75	46	45	91
Musulmans.....	364	207	130	337
Tunisiens		43	10	23
Israélites.....	45			
Espagnols.....	2	1	0	1
Grecs		1	0	1
Russes		3	0	3
Anglo-Maltaïes.....	22	9	11	20
	563	305	217	522

Pour 1922, la moyenne journalière des malades venant au dispensaire y recevoir des soins s'élève à 27.

Cette même année, les visiteuses d'hygiène effectuèrent à domicile 1.695 visites d'hygiène et de prophylaxie.

Le gouvernement tunisien reconnaissait d'ailleurs son bien-fondé et son utilité en lui accordant une subvention pour lui permettre d'étendre son champ d'action, en allégeant un peu ses gros frais de bienfaisance et d'assistance.

Ces chiffres, éloquentes en leur simple langage, montrent quels services appréciables ont été rendus par l'Œuvre Villemin, qu'ils furent appréciés par toutes

les races qui vivent et souffrent à Tunis, que les Musulmans sont loin d'être réfractaires à l'action médicale et qu'ils savent, au besoin, la solliciter, puisqu'ils forment à eux seuls la moitié de la clientèle.

Toutefois, si les plus légitimes espérances peuvent être permises au sujet de la lutte en milieu indigène, il est une constatation qui s'impose et sur laquelle le Docteur Henry, praticien attaché au Dispensaire, a attiré l'attention dans la *Revue Tunisienne des Sciences médicales*, c'est qu'il y a stagnation : « *Et c'est bien ce qui explique pourquoi des enthousiasmes se sont refroidis et pourquoi aussi des doutes se sont élevés sur l'opportunité et la valeur réelle des efforts fournis.* »

En l'occurrence, ce n'est point le principe, qui ne saurait être mis en cause, mais bien la méthode, qui a conduit à cette impasse. Il ne faut pas perdre de vue non plus que l'Œuvre Villemin est une organisation isolée, due à un concours de bonnes volontés, qui, seule et sans appui, a dû faire face à tous les problèmes qui se présentaient, se suffir à elle-même et souvent ainsi dépasser son cadre initial de dispensaire ; mais cette situation cessera du jour où, rentrant dans un organisme bien constitué, faisant partie d'un tout homogène, secondée par les établissements de protection annexes, elle remplira uniquement son rôle primitif et unique de dépistage et de bienfaisance.

En novembre 1921, le Directeur de l'Hygiène, en son programme minimum, dénonçait le vice originel dont souffre l'Œuvre Villemin : « *L'absence de direction technique. Six médecins y règnent à tour de*

rôle, qui ne se ressemblent que par les qualités de leur cœur. N'obéissant à aucune doctrine fixe, ne connaissant d'autre maître que leur conscience professionnelle, ils apportent dans l'accomplissement de leur tâche un zèle égal, mais des méthodes diverses. Ils donnent au personnel des directives et des impulsions qui varient autant de fois qu'il y a de jours dans la semaine.

« Ces médecins, d'autre part, ne sont pas payés et disposent de peu de temps. Par éducation et par pli professionnel, ils montrent une invincible tendance à se préoccuper plus de l'individu que de la famille, la maison, la rue, le quartier, les collectivités. Ils ne sont pas préparés à l'action anti-tuberculeuse, qui demande non seulement un entraînement, mais même une mentalité qui n'est pas celle des médecins.

« L'Œuvre Villemin ne donnera tout ce que l'on est en droit aujourd'hui d'attendre d'une œuvre anti-tuberculeuse bien conduite qu'en plaçant à sa tête un spécialiste formé en Europe et qui se dévouera entièrement à ses services. Un tel médecin doit être doublé d'infirmières visiteuses également qualifiées. »

Sans vouloir mettre en doute la bonne volonté et les capacités de celles qui ont bien voulu jusqu'ici se dévouer à ce rôle ingrat, il faut reconnaître cependant qu'elles n'ont eu aucune éducation spéciale, à ce sujet, et ce qui s'applique aux médecins, au point de vue formation et mentalité, est encore plus vrai à leur égard ; nous y reviendrons d'ailleurs ultérieurement.

A dater de janvier 1924, l'Œuvre Villemin cesse d'exister en tant qu'entreprise privée, sa caisse étant vide, aucun membre de son Conseil ne se souciant plus de présider une œuvre aussi caduque et de chercher à lui rendre vie.

Toutefois, elle n'a pas disparu entièrement.

Le Dispensaire a été repris par la commune de Tunis et rattaché avec son personnel de Visiteuses au Bureau d'Hygiène de Tunis.

§ 2. — Le préventorium : Institut héliothérapique du Kram.

L'Institut héliothérapique du Kram, sous la direction de M. de Bourges, réalise la conception moderne du preventorium. Cet établissement de plein air fut créé pour soustraire les enfants débiles non contagieux aux surinfections et s'opposer au développement des lésions initiales. Il accueille, de 3 à 12 ans, les pauvres petits malheureux, contaminés déjà, plutôt que malades, plus particulièrement sensibles aux milieux malsains, chétifs, au teint terreux, au thorax étrié, les sujets atteints de tuberculose occulte, d'adénopathies torpides et inactives, trachéo-bronchiques, cervicales et autres, les porteurs d'artropathies tuberculeuses ou de lésions osseuses que lui adresse l'Œuvre Villemin. Dans l'ambiance stimulante du climat marin, riche en ozone et en oxygène, dans une atmosphère sans cesse balayée par les vents du large, sous l'influence bienfaisante et stérilisante du soleil,

ces petits débiles sont soumis à une hygiène, à une diététique soigneusement surveillée : aérothérapie, héliothérapie, repos, instruction, entraînement physique y sont judicieusement et respectivement dosés, suivant l'état de chaque enfant, sous la surveillance constante et avec la collaboration étroite du médecin et du pédagogue.

« Une subvention exceptionnelle de 15.000 francs lui a permis, au cours de l'année 1921, de s'agrandir et de porter sa capacité normale à 40 lits, dans des conditions matérielles des plus bienfaisantes. »

« Il n'y a rien à y changer, que l'étendue, au fur et à mesure des besoins, en veillant avec soin à ce que l'établissement, de préventorium qu'il est et doit rester, ne se transforme jamais en hôpital. » (Programme minimum de la Direction de l'Hygiène, novembre 1921.)

§ 3. — **Les Services hospitaliers pour Tuberculeux.**

Jusqu'à l'heure actuelle, à l'Hôpital Sadiki, les tuberculeux musulmans étaient mêlés aux autres malades. C'est bien à lui que pouvait s'appliquer ce jugement sévère, mais juste, de Léon Bernard : *« La situation de la part de nos hôpitaux est scandaleuse, les tuberculeux y étant mêlés à tous les autres malades, dans des salles communes où la transmission de la maladie, favorisée par l'indifférence résultant de*

ce caractère mixte, menace les voisins, les convalescents, le personnel, les tuberculeux eux-mêmes, exposés à des surinfections répétées. » La preuve, d'ailleurs, en est faite pour Sadiki, puisque, dans le service des femmes musulmanes, trois infirmières sur quatre furent contaminées, et il semble bien que ce soit au contact des malades. Aussi, vient-on d'ouvrir à la Rabta, près de Tunis, un pavillon de 24 lits, pour les musulmans tuberculeux ; on a prévu, pour 1924, la construction d'un pavillon similaire.

« A l'Hôpital civil, un pavillon de tuberculeux a été créé aux dépens d'un des services de médecine générale. Outre que la présence de ce pavillon de tuberculeux, à proximité des autres services, est totalement contre-indiqué, la promiscuité des deux sexes y donne lieu à de regrettables incidents et se trouve, d'autre part, préjudiciable au repos des malades. »

Toutes ces œuvres ou ces services hospitaliers sont les premières bases de la lutte antituberculeuse en Tunisie, toutefois, bien que répondant et subvenant momentanément à des nécessités tangibles, ces organismes isolés ne sauraient aboutir à un résultat positif et pratique ; chacun peut concourir à l'intérêt général, sous réserve qu'il fonctionne, non point individuellement, mais faisant partie intégrante d'un tout, ayant chacun leur rôle et leurs attributions définitivement fixés.

III. — La lutte antituberculeuse à envisager.

A l'heure actuelle, les éléments indispensables, suffisants mais nécessaires à toute entreprise rationnelle contre la tuberculose, comprennent : le dispensaire et ses visiteuses d'hygiène, le préventorium et le sanatorium ; c'est le trépied de la prophylaxie anti-tuberculeuse.

En examinant le but et le fonctionnement impartis à chacun de ces services, nous montrerons que leur action bien caractérisée ne saurait se substituer à celle du voisin, et partant la nécessité de la collaboration simultanée de ces trois institutions. Quant aux formations annexes : écoles de rééducation, sanatoriums marins, qui répondent elles aussi à des cas particuliers bien définis, ce serait, pour le moment, un luxe superflu ; nous nous bornerons à souhaiter de les voir surgir un jour.

§ 1. — Le dispensaire antituberculeux : son but, son action, son fonctionnement ; comment y adapter l'Œuvre Villemin ?

Le dispensaire a un rôle important et de premier plan dans la prophylaxie antituberculeuse ; il en est la base et le point de départ. C'est à lui qu'incombe

le devoir de chercher, de dépister le tuberculeux, de protéger son entourage, grâce à ses visiteuses d'hygiène, de le sortir lui-même d'un milieu qu'il contamine, et après un triage minutieux, par un médecin spécialisé, ne faisant pas de clientèle, diriger les malades, selon leur état, sur les œuvres qui se chargeront de compléter son action ou de renvoyer aux médecins traitants ceux qui relèvent uniquement de médecine générale.

Il ne peut, et ne doit être, qu'un centre de diagnostic et de répartition ; c'est là toute son action, mais elle ne peut être efficace et profitable qu'avec la collaboration absolue du corps médical. Cet appui ne sera obtenu que si le dispensaire, s'en tenant à sa fonction primordiale de diagnostic rigoureux et précoce et d'élimination des faux cas, n'établit pas une concurrence ou ne lèse les intérêts des médecins, en maintenant sur ses registres des malades qui sont justiciables d'un praticien de médecine générale.

Ayant ainsi évincé les malades qui ne relèvent pas de son action, le dispensaire, loin d'être une concurrence déloyale au médecin traitant, lui apporte, au contraire, une collaboration profitable.

« Et, à propos de ces faux tuberculeux, un contact très utile pourra s'établir entre le médecin traitant et celui du dispensaire. Car celui-ci, en renvoyant le malade à son médecin habituel, ne manquera pas de consigner par écrit, à l'adresse de son confrère, le résultat négatif de ses investigations. Il pourra même appeler l'attention sur telle ou telle anomalie apparue incidemment, au cours de l'examen et dont il

appartiendra au praticien de confirmer la réalité. Dans ces conditions, la tuberculose étant écartée, l'enquête du praticien portera tous ses fruits et ne manquera pas de rapporter à leur véritable cause les troubles accusés par le malade. »

...Quant à la crainte que pourraient avoir les médecins de perdre les tuberculeux de leur clientèle, au profit du dispensaire, répétons encore qu'elle ne saurait se justifier. S'il s'agit de tuberculeux chroniques ou fébriles, journellement à la merci d'une complication, il est bien évident qu'ils ne sauraient se passer de leur médecin habituel, le dispensaire s'interdisant du reste, en pareil cas, toute thérapeutique. Et s'il s'agit de tuberculeux au début et curables, ils sont le plus souvent justiciables du sanatorium ; or, il n'est pas un médecin qui accepterait de mettre en discussion les intérêts du malade, exigeant son placement sanatorial, avec les siens propres. »

Le dispensaire ainsi compris n'est ni une polyclinique, ni une simple consultation médicale destinée à soigner uniquement des tuberculeux, c'est aussi un organisme d'assistance et de bienfaisance, grâce aux distributions de crachoirs, de bons de médicaments, d'aliments, de vêtements, de lits. C'est aussi une œuvre de préservation et de prophylaxie, grâce au travail à domicile d'une infirmière-visiteuse discrète qui prépare, facilite et augmente l'influence du dispensaire.

« A la condition essentielle qu'il soit averti, dès le début, de la nature de son mal, le malade accepte sans effroi les moyens de prophylaxie destinés à pro-

téger les siens, et la famille sera toujours reconnaissante au médecin qui, par des mesures de placement, prises avec l'aide du dispensaire, aura su la préserver. »

Si le médecin d'un tel organisme doit avoir une mentalité et une formation spéciales, d'autres motifs d'ordre matériel et pratique, conditionnés par le dépistage des tuberculeux avérés et l'élimination des non tuberculeux, plaident en faveur d'un médecin spécialisé, ne faisant pas de clientèle, placé à la tête du dispensaire.

« D'abord, parce que seul le médecin qui consacre toute son activité au dispensaire dispose du temps nécessaire pour établir, en toute sécurité, le diagnostic « non tuberculeuse », après avoir effectué les différents procédés d'examen dont il dispose et pratiqué plusieurs auscultations, qui ont souvent besoin d'être longues et minutieuses. Ensuite et surtout, parce que seul le médecin qui ne fait pas de clientèle jouit de l'indépendance nécessaire pour prononcer la radiation des non tuberculeux, sans avoir à craindre, comme le médecin local, que ces renvois ne finissent par lui être préjudiciables. S'il est, en effet, des sujets avertis, qui se déclarent enchantés lorsqu'on leur annonce qu'ils ne sont pas tuberculeux et que leur inscription au dispensaire est devenue sans objet, il en est d'autres, par contre, qui n'acceptent pas ce verdict, sans une certaine mauvaise humeur. Ils considéreraient volontiers le dispensaire comme une annexe du bureau de bienfaisance, où l'on peut hériter parfois d'un secours ou d'un bon gratuit, et

il faut reconnaître que le terme un peu vague de « dispensaire » est bien fait pour leur inspirer cette conception. »

Si se confirme ainsi la nécessité de confier la direction du dispensaire à un médecin unique, spécialisé, n'exerçant pas en dehors de ses attributions — le Professeur Calmette et L. Guinard en ont déjà exposé l'urgence maintes fois — elle apparaît aussi la seule solution possible, ménageant à la fois les intérêts du médecin traitant et de son malade, et comme la seule susceptible de rallier, sans malentendu ni suspicion, la collaboration du corps médical tout entier dans la lutte antituberculeuse. C'est l'idée que suggérait, en novembre 1921, le Directeur de l'Hygiène, dans son programme minimum : *« Je disais que le gouvernement peut mieux faire pour l'Œuvre Villemin que le geste un peu distant de la subvention. Je souhaite qu'il collabore plus intimement avec elle, en partageant ses responsabilités. »*

Il me semblerait juste que le gouvernement prit à sa charge les frais de personnel médico-technique, qu'il fournirait et rétribuerait et qui serait ainsi rattaché à la Direction de l'Hygiène. »

« L'Œuvre Villemin, en échange, continuerait à supporter les frais matériels du dispensaire, les frais de pension des enfants placés et les frais de bienfaisance. »

« Un contrat devrait lier les deux parties, qui fixerait le détail de leurs relations réciproques, déterminant les droits de l'Œuvre sur un certain nombre de

lits dans les hôpitaux, préventoriums, etc... et enfin lui donnerait une place bien définie et fixe dans l'ensemble des organes d'assistance et de prévention de la Régence. »

« Son dispensaire, enfin, desservi par un personnel strictement spécialisé, rendu à son rôle de dépistage, de préservation et d'éducation, deviendrait le pivot de la lutte sociale contre la tuberculose à Tunis. »

« L'expérience qui y serait réalisée servirait de guide sûr, lors de la création des dispensaires anti-tuberculeux de Sfax, Sousse, Kairouan, etc..., qu'il faudra songer un jour à ouvrir. »

§ 2. — **Le Preventorium :**

maison de plein air pour les Enfants.

Le préventorium, ou maison de plein air, se propose, dans l'impossibilité où l'on est de mettre une barrière autour du cracheur de bacilles, de soustraire l'enfant à la contagion à laquelle il est plus exposé, parce que moins armé pour se défendre, et le placer dans les conditions les plus favorables pour pouvoir échapper à la maladie. Sa clientèle se recrute parmi les enfants débiles, chétifs, dont la contamination est encore bénigne ou qui, non contagieux, vivent dans un milieu tuberculeux ou présentant de l'instabilité thermique et pondérale.

Là encore, dans le désir de bien faire et de soulager le plus possible, il ne faut pas sombrer sur

l'écueil qui pousse à transformer le préventorium, réservé exclusivement à des non contagieux, en hôpital.

Le dispensaire intervient encore pour établir une juste démarcation et éviter l'erreur par un diagnostic précis. S'inspirant de la notion du milieu, sous le contrôle de la cuti-réaction et des examens radiologique et radioscopique, le médecin spécialisé départagera les débiles ou dystrophiques entachés de syphilis, les adénoïdiens ou les insuffisants glandulaires, pour qui le dispensaire ne peut être, en général, d'aucune utilité, et qui, par contre, envoyés au médecin de la famille, pourront bénéficier d'un traitement spécifique ou opothérapique judicieux, de ceux qui relèvent manifestement du préventorium ou de ceux dont les lésions évolutives sont justiciables d'un service hospitalier.

Ce triage préalable et nécessaire ne peut être effectué qu'au dispensaire et par un spécialiste qui, tout en exerçant en même temps qu'un contrôle, une mission de protection et de prophylaxie par les conseils ou les directives qu'il donnera aux parents, maintiendra le préventorium dans son cadre et son but immuable.

L'Institut héliothérapique du Kram répond actuellement à la formule stricte du préventorium ; il doit rester tel qu'il est dans l'organisme antituberculeux, l'assistance ou les subventions du gouvernement lui permettront de prendre une plus grande extension et d'étendre ses bienfaits sur un plus grand nombre d'enfants.

§ 3. — **L'hôpital-sanatorium pour tuberculeux :
sa nécessité.**

Mais ces deux œuvres : Dispensaire Villemin et Préventorium du Kram, doivent être complétées par la création d'un hôpital pour tuberculeux, troisième organe indispensable de la lutte, dont l'absence se fait particulièrement sentir par les répercussions fâcheuses qu'elle entraîne. Il faut prévoir un hôpital qui puisse abriter à la fois toutes ces catégories de tuberculeux : ceux qui sont guérissables ou améliorables, et ceux dont les poussées évolutives ou les lésions avancées ne peuvent être soignés à domicile.

L'hôpital-sanatorium répond à ces éventualités, tout en présentant le double avantage de permettre le passage aisé d'un malade d'un service dans l'autre, suivant le cas, et de n'entraîner qu'une mise de fonds de beaucoup inférieure à celle qu'exigerait la création distincte de ces deux établissements.

Sanatorium, il accueille les malades qui présentent des lésions susceptibles soit de guérir définitivement, soit au moins de s'améliorer notablement, grâce à un régime hygiéno-diététique constamment surveillé et aux ressources thérapeutiques ; il permet au malade de reprendre plus tard la vie commune et à la société de récupérer des bras. Hôpital, tout en isolant les bacillifères et en supprimant de la collectivité des sources de contagion, il reçoit ceux qui ont besoin, soit pour un diagnostic difficile, soit pour une décision à prendre, d'être observés de près pendant quel-

que temps, soit les malades en cours de poussées évolutives, qui ne peuvent être soignés dans leur milieu, soit enfin des cas graves et avancés, irrémédiablement perdus, pour qui les soins et le bien-être de l'hôpital apporteront un adoucissement à leur misère et rendront leur fin plus douce.

Mais pour que ces deux applications puissent se réaliser et donner le rendement médico-social qu'on en attend, la conception d'un tel établissement nécessite une double installation adaptée chacune à leurs fins, nettement individualisée et séparée, comportant des pavillons nettement différenciés en services de prophylaxie, de cure et d'hospitalisation. Ainsi conçu et installé à proximité d'un grand centre qui permet le transport facile des malades qui, malgré leur isolement, sentent le réconfort moral du voisinage immédiat de la famille, situé au milieu de grands espaces libres et plantés d'arbres, l'hôpital sanatorium constitue le moyen le plus efficace pour l'application de la prophylaxie antituberculeuse. S'il n'est pas l'organisme exclusif, ni même prédominant de la lutte, il répond, néanmoins, à une double utilité indispensable comme établissement de cure et de prophylaxie sociale.

« L'ouverture d'un hôpital-sanatorium pour tuberculeux, permettra de rendre des pavillons hospitaliers à leur destination normale, de soigner avec bénéfice quelques tuberculeux curables, d'en isoler un plus grand nombre, et de les rendre inoffensifs pour la communauté où ils vivaient et pour la population hospitalière banale. »

Qu'on ne vienne pas nous opposer que la création d'un tel hôpital constitue un danger pour le centre ou l'agglomération voisin, excuse toujours facile à l'inertie ou à l'imprévoyance : le tuberculeux n'est dangereux que s'il est abandonné à lui-même, il ne saurait semer la contagion dans un établissement où toutes les conditions d'installation et de fonctionnement sont soumises aux règles de l'hygiène la plus stricte.

IV. — **La Prophylaxie éducative, individuelle.**

La prophylaxie de la tuberculose est une question d'éducation. On ne saurait trop exposer au public, qui trop souvent les ignore ou les oublie, les méfaits de la tuberculose, c'est en faisant mieux connaître ses origines et ses conséquences par une propagande active que l'on forcera la paresse ou l'imprévoyance à se préoccuper d'une maladie, terrible en ses fins, et pourtant évitable en ses causes. La lutte et l'action antituberculeuse seront d'autant plus aisées et profitables que leurs voies auront été préparées. Pour cette œuvre de vulgarisation, des conférences illustrées de projections cinématographiques avec commentaires instruisant les esprits, des affiches rappelant, en des scènes suggestives, le danger toujours

imminent, des tracts énonçant les principaux principes et conseils d'hygiène, la Presse enfin, collaboreront sans cesse pour diffuser le bon grain et assurer un jour une ample et fructueuse moisson.

La valeur éducative de l'école sera mise à contribution. L'enfant est un être malléable dont le terrain encore vierge reçoit et fait germer la bonne comme la mauvaise semence, aussi, est-ce dès le plus jeune âge qu'il faut accoutumer les esprits aux notions d'hygiène ; l'enseignement direct et pratique de l'école aura plus tard d'heureuses répercussions. Homme, il continuera à appliquer les principes qui lui auront été appris dans son enfance, son esprit s'y sera adapté et une pratique journalière les aura entretenus. Père de famille plus averti et instruit par l'expérience il n'hésitera pas à en faire bénéficier les siens.

Les Israélites tunisiens donnent le meilleur exemple de ce que peut faire une volonté tenace appliquée et tendue à la sauvegarde de la race. La tuberculose tue à Tunis moins de Juifs que d'Européens et de Musulmans, cette constatation qui s'impose, ressort des rapports du bureau d'Hygiène. Les Juifs tunisiens ainsi que leurs concitoyens musulmans, ont cependant tous deux le même tempérament neuro-arthritique qui s'oppose en général à l'infection bacillaire, ils ont tous deux le même genre de vie, leur paupérisme commun les réduit aux mêmes habitations malsaines et insalubres, ils sont donc exposés tous deux aux mêmes dangers d'infection.

Mais, dit le Docteur Scialom, dans un article très documenté, « *c'est qu'Israël est partout prudent, pré-*

voyant, inquiet de l'avenir, son passé de tourmente, de paria ayant été une forte école morale d'expérience douloureuse... ; c'est que l'Israélite tenant à vivre une vie saine est plus prudent et lutte mieux que tout autre contre toutes les calamités et maladies qui trop souvent l'accablent. De par leur mentalité anxieuse de l'avenir, phobique, les disciples de Moïse s'entourent de toutes les chances de succès pour vaincre le mal. L'Israélite consulte beaucoup le médecin et prend successivement l'opinion de plusieurs praticiens, sait choisir et tirer profit à bon compte de plusieurs avis autorisés et en apparence contradictoires ; quand il a les moyens il n'hésite pas à provoquer des consultations de plusieurs spécialistes.

« Tandis que l'indigène musulman surtout fataliste, fier de son passé glorieux, ne veut, ne peut rien prévoir et tombe victime de l'infection bacillaire, de plus son terrain fréquemment syphilitique vicié par l'alcoolisme récent est favorable à la marche rapide de la tuberculose. »

V. — La Prophylaxie collective et urbaine.

La tuberculose, maladie sociale, demande des remèdes sociaux qui relèvent de l'extension et de l'application de l'hygiène urbaine, domaine du législateur.

§ 1. — Surveillance de la Salubrité du Logement.

Nous avons vu que, toute enquête à son sujet aboutit aux logements insalubres, aux taudis, dont la maison arabe à dispositif identique et immuable est le prototype.

Une porte basse donnant accès à un couloir tortueux et sombre, sur lequel s'ouvrent parfois une écurie et des petits recoins obscurs, conduit à une cour intérieure, le patio. C'est par ce patio, cour carrée quadrangulaire que va s'ouvrir, s'aérer, s'éclairer la pièce qui constituera à elle seule, tout l'appartement ; vaste rectangle, où, face à la porte, se creuse un retrait: le « Khou » lieu de réunion de la famille, avec de chaque côté un cabinet « massourah », sorte de réduit entièrement clos, servant le plus souvent, à serrer les victuailles ou de dortoir aux enfants ; aux deux extrémités, surélevé sur une petite estrade soit

par un bâti en fer, en bois ou en maçonnerie : le lit des parents. L'air et la lumière ne pénètrent dans un tel intérieur que par la porte, unique ouverture que l'on tient, le plus habituellement, fermée. Quelquefois, deux petites fenêtres symétriquement placées de chaque côté, d'ailleurs hermétiquement closes, laissant passer un jour faible. Et dans cette pièce, qui servira à tous les usages, où l'on préparera la nourriture sur des « canouns », petit foyer à charbon de bois, dont les gaz se dégagent à l'entour, vivra et reposera toute la famille, c'est-à-dire cinq ou six personnes.

Dans les maisons plus importantes, le dispositif restant le même, seul le nombre de pièces varie.

Le puits ou la citerne, voisine dans la cour avec les cabinets, cloaques infects et pestilentiels ; l'eau, polluée par toutes les infiltrations, servira néanmoins à l'usage domestique.

Protégée jalousement et soigneusement de l'extérieur, la maison arabe avec ses rares ouvertures, étroites et grillagées, fermées par derrière, ressemble à une prison où le soleil et la lumière ne pénètrent qu'à regret. Dans ce patio tapi au fond de murs surélevés et ressérés, avec pour tout horizon qu'un peu de ciel parcimonieusement mesuré, la famille, privée d'air, vit dans une clausturation monacale et une ambiance où l'humidité constante entretient et favorise la tuberculose.

C'est une nécessité impérieuse et urgente qui doit dominer toute action prophylactique, il faut aérer la maison arabe.

Il est du devoir du législateur, tout en sauvegardant les coutumes ancestrales et religieuses, de veiller à l'hygiène des logements, d'imposer aux propriétaires les réparations ou les modifications indispensables pour en assurer la salubrité — il n'est pas impossible de trouver une solution qui mènera à la fois l'hygiène et l'intimité familiale, — de condamner impitoyablement les habitations reconnues inhabitables ou malsaines par une Commission d'hygiène comprenant architectes et médecins.

§ 2. — **Surveillance et répression
des Toxicomanies :
Alcoolisme et stupéfiants.**

Au législateur, encore, à prendre toutes les mesures pour enrayer l'extension des toxicomanies : alcoolisme, kif et chira, dont l'usage abusif et l'emploi prolongé affaiblissent considérablement l'organisme en faisant un terrain particulièrement favorable à l'évolution du bacille tuberculeux. Des mesures déjà ont été prises, interdisant dans les cafés la vente de l'alcool aux indigènes, la chasse a été donnée aux fumeurs de « tekrouri » et de « hachich », malheureusement il y a encore trop de fuites, on rencontre tant à Tunis qu'à l'intérieur des indigènes, sans nombre, titubant, ou des fumeurs à la petite pipe bourrée de la drogue interdite, il faut une surveillance plus assidue, une répression plus opiniâtre pour avoir raison des délinquants et de leurs prétendues défaillances, le plus souvent volontaires et préméditées.

Sous le couvert de réunions amicales, à l'abri de l'intimité de la maison arabe, bien que le Coran interdise à ses fidèles l'usage de boissons alcoolisées ou fermentées, ce sont d'interminables beuveries où l'alcool asservit l'esprit à la matière, orgies clandestines imprimant sur ces corps pourtant musclés et forts les stigmates de l'alcoolisme, préludes de générations débilitées et tarées, vouées à la dégnérescence, à la folie, au crime, proies préparées à l'avance à toutes les infections.

Il est certain, et nous ne nous faisons aucune illusion, une telle perturbation ne peut s'opérer en un seul jour et sans créer des mécontents dont les influences feront hésiter le plus souvent les plus audacieux et les mieux intentionnés. Ce n'est point une raison pour abandonner la lutte, bien au contraire : les difficultés doivent faire surgir des énergies nouvelles et des procédés rajeunis. En Tunisie, comme ailleurs, on trouvera de généreux donateurs pour souscrire à une œuvre aussi éminemment humanitaire et sociale, mais, faut-il encore qu'une organisation moderne, adaptée aux nécessités, étudiée et fonctionnant dans tous ses rouages en harmonie parfaite, se proposant un but précis, puisse faire tomber l'indifférence et la critique, et entraîner l'appui matériel et moral des Pouvoirs publics et du Comité national.

Il n'y a plus de temps à perdre en vaines discussions ; la question est actuellement résolue, il ne s'agit plus aujourd'hui dans l'organisation sociale de tâtonnements, de mesures provisoires, de tentatives aléatoires, de transformations économiques timides à

doses homéopathiques. La collectivité et la race ne sauraient se contenter désormais de ces misérables attermolements, quand les progrès de la science expérimentale réclament des mesures immédiates et des réformes radicales au point de vue de l'hygiène et de l'économie sociale.

L'heure est venue de se mettre à l'œuvre pour prévenir et combattre victorieusement le fléau tuberculeux, pour arrêter la dégénérescence de la race et conserver aux individus la santé, l'intelligence, la vigueur physique, la conscience morale qui assureront sur le territoire de la Régence : la prospérité et le bien-être, générateurs du bonheur, de la confiance et de la reconnaissance envers leurs auteurs.

CHAPITRE IV

Le Trachome en Tunisie.

I. — Le Trachome, maladie sociale ; ses ravages en Tunisie.

Nous étudierons dans ce chapitre quelle prophylaxie il y aurait lieu, à notre avis, d'opposer actuellement aux répercussions sociales que conditionnent les affections oculaires, si répandues en Tunisie, soit qu'elles favorisent par leurs effractions antérieures ou qu'elles masquent l'évolution d'une affection redoutable aux conséquences telles, qu'elle constitue au pays de la Régence une véritable « maladie sociale ». Nous nommons le Trachome ou conjonctivite granuleuse.

Cette dénomination n'est point nouvelle. D'autres voix plus autorisées se sont élevées avant nous contre les répercussions funestes de cette affection sur les collectivités et l'ont dénoncée comme un mal aux origines et aux conséquences sociales. Car si le trachome

est un facteur de déchéance physique pour l'individu — et la quantité innombrable de borgnes et d'aveugles tâtonnants que l'on rencontre dans les villes ou les douars tunisiens en est le plus frappant témoignage — il constitue, aussi, une infériorité économique pour la collectivité obligée à se priver du rendement que représentent toutes ces inutilités que sont ces « demis aveugles aux cornées grises » qui l'entraînent et qu'elle nourrit ; d'une part : capital humain improductif, d'autre part charge écrasante obérant le budget.

En 1920, le médecin inspecteur général Gouzien présentant au Comité de l'Office international de l'Hygiène publique de France, comme délégué de l'Indo-Chine, au nom du médecin principal Talbot, une communication sur le trachome dans le delta du Tonkin, attirait l'attention sur cette grave affection à laquelle était due la moitié des cécités de cette contrée, y constituant « une véritable maladie sociale ».

Qu'on juge de l'importance de ses ravages en Tunisie d'après le mémoire présenté par P.-J. Petit, à la suite d'une mission d'études sur le Trachome dans les territoires du sud. Ses conclusions sont empreintes du plus noir pessimisme.

Au cours de son enquête, il examina plus particulièrement les enfants des écoles, les filles publiques et les malades et constata que dans les écoles, à Gafsa, Tozeur, Nefta, la proportion de trachomateux varie entre 90 et 96 % et que dans la population elle atteint 98 %.

Au recrutement de 1921, sur 287 recrues visitées provenant des régions de Gabès, Sfax, Sousse et Bizerte : 117 furent reconnues inaptes, dont 90 pour affections oculaires où le trachome entraînait pour la presque totalité !

De même la Marine, pour recruter 254 hommes, dut en examiner 600. Sur les 346 reconnus inaptes, 279 furent écartés pour affections oculaires, c'est-à-dire pour trachome !

D'autre part en Tunisie, jusqu'en décembre 1921, 177 pensions furent accordées pour trachome et presque toutes à taux élevé. Le chiffre de l'invalidité dépasse tellement les besoins des sujets, qui, par leurs habitudes et leur genre de vie se rapprochent de l'état primitif, qu'il semblerait du gaspillage, s'il n'était cependant la simple échéance d'une dette contractée vis-à-vis des serviteurs du pays, devenus infirmes à la suite d'une affection contre laquelle il est d'une urgente nécessité que tous les pouvoirs et toutes les compétences s'unissent et se coordonnent pour mener une lutte immédiate, avec vigueur et continuité.

Maladie sociale, avons-nous dit en débutant au sujet du trachome ; maladie familiale, ajoutons-nous, car son point de départ réside dans la famille même et par suite d'un état social défectueux, sa survivance y est assurée. Comme l'ont démontré le médecin major Stitelet, V. Morase, de Paris, et le Professeur Truc, de Montpellier, au Congrès Colonial de la Santé publique tenu à Marseille en septembre 1922, les cas

de transmission chez l'adulte sont la rareté, la diffusion trachomateuse, et c'est une notion sur laquelle nous ne saurions trop insister, se fait surtout dans l'enfance et la contamination a lieu au sein même de la famille.

II. — **Comment se propage le Trachome ?**

Etant donnée la promiscuité dans laquelle vivent les indigènes, entassés pêle-mêle dans une seule pièce ou vivant rasemblés sous la même tente ; étant donnée l'absence complète d'hygiène et la malpropreté habituelle qui y règnent, on comprend aisément que la conjonctivite granuleuse y trouve un terrain propice à son extension. Tant il est vrai, qu'au point de vue sanitaire en général et du trachome en particulier, la pire condition de vie pour l'indigène, est le groupement.

Qu'un des membres de la famille soit atteint de trachome, les linges avec lesquels il étanche ses larmes — larmes contagieuses comme l'ont montré les expériences de Ch. Nicolle, Cuénod et Blaizot — traînant un peu partout, serviront indistinctement aux autres membres. La serviette à toilette, la même utilisée par tous, souillée de sécrétion conjonctivale, disséminera dans le cercle familial la terrible affection. Nous avons vu des mères trachomateuses, allait-

tant leur enfant, essuyer, dans leur ignorance et souvent aussi dans leur apathie coutumière, les yeux de leur nourrisson avec le même linge qui leur a servi. Et ainsi de proche en proche, la famille elle-même contamine ses membres. Les enfants, au cours de leurs jeux avec des camarades de leur âge, peuvent réciproquement contaminer ou se contaminer eux-mêmes, la transmission de l'infection se faisant surtout par l'attouchement des yeux et des paupières avec les doigts ; ne serait-ce point là, d'ailleurs, l'explication de ces foyers éclatant brusquement sans cause apparente dans une famille jusqu'alors indemne. L'inoculation s'est faite quelque part, soit à l'école, soit au voisinage d'enfants eux-mêmes atteints.

Il est un mode de contagion familial fréquent que vient de mettre en évidence, récemment, le Docteur E. Gobert, qui consiste dans l'emploi journalier, tant en milieux musulman qu'israélite, du kohl ou fard noir des paupières à base de sulfure d'antimoine. Celui-ci est enfermé dans un étui ou flacon : « la mokahla ». Qu'il soit fait d'or ou d'un tronçon de roseau monté dans une gaine de cuir brodé, son accessoire obligatoire est le « meroued » petite baguette se vissant sur la « mokahla » et servant à appliquer le kohl.

Le plus souvent aussi, c'est une simple aiguille en bois de santal, et le kohl est disposé sur une soucoupe, exposé à toutes les poussières, à toutes les souillures. Le meroued imprégné de kohl est posé horizontalement, comme pincé entre les deux bords palpébraux, la pointe mousse touchant la caroncule,

puis tiré au dehors. Au cours de cette opération, le meroued entre fatalement en contact avec la conjonctive ou la cornée qu'il racle, et de ce frottement journalier, quelquefois bi-quotidien, dont l'action érosive est encore augmentée par les petits cristaux que renferme la préparation, il résulte des lésions ouvrant la porte aux germes infectieux. Or, si l'on tient compte que dans la famille arabe ou israélite qui comprend le plus souvent plusieurs ménages, le même « meroued » sert indifféremment à toutes les femmes, aux enfants et parfois même aux hommes, il est facile de comprendre comment cet instrument et l'usage qu'on en fait peuvent favoriser la dissémination de toutes les affections oculaires transmissibles et en particulier du trachome.

Les mouches également qui pullulent en Tunisie et notamment dans les villes du sud où sévit plus particulièrement le trachome, sont des agents vecteurs justement incriminés. Il faut voir ces cornées terreuses et vides, ces paupières rougies, d'où les larmes sourdent goutte à goutte, et que viennent pomper avidement les mouches et l'indolence, la morne apathie des indigènes à les chasser, si bien qu'elles arrivent à former une bourrelet noir et vrombissant qui frange les cils, font comprendre combien ces insectes aux palpes gorgées de sécrétion lacrymale peuvent devenir dangereux en allant se poser sur d'autres paupières. Etant donnée l'habituelle saleté des intérieurs indigènes où l'eau croupie, les ordures ménagères et parfois le fumier stagnent indéfiniment dans la cour intérieure et devant la porte, les mouches atti-

rées par une provende aussi abondante, y pullulent en hordes extraordinairement nombreuses, entretenant autour et dans la maison, une perpétuelle menace de danger.

III. — La lutte antitrachomateuse ; ses difficultés.

La Tunisie, qui compte en matière de trachome des autorités comme Ch. Nicolle, l'éminent Directeur de l'Institut Pasteur de Tunis, et ses collaborateurs : Cuénod et Blaizot, dont les recherches et les travaux sur cette maladie, nous mettent mieux à même d'en connaître toutes les modalités et partant les moyens de la combattre, se doit de chercher à en tirer pour elle-même le maximum de bénéfice.

§ 1. — Pourquoi sa déclaration ne peut-elle être, encore, obligatoire.

Recherchons maintenant les moyens de défense, opposés par les Pouvoirs publics à ce terrible fléau : nuls ou à peu près. Sans vouloir soulever ici la question de l'opportunité et de l'efficacité, au point de vue prophylactique, de la déclaration obligatoire ou non de l'ophtalmie granuleuse, il nous semble cependant,

qu'actuellement, en milieu indigène, elle est presque impossible et que d'ailleurs imposée, elle resterait inopérante. Le but de la déclaration n'est point de fournir des statistiques impressionnantes, mais de déterminer des mesures d'isolement, de désinfection et de traitement qui placeront le malade dans des conditions meilleures pour qu'il ne soit plus un danger pour la société. Or, en Tunisie, il n'existe pour le moment aucun organe défensif pouvant mettre en œuvre les précautions prophylactiques que déclancherait la déclaration obligatoire.

§ 2. — **Les difficultés**
d'une prophylaxie obligatoire.

Sans doute, les trachomateux ne sont point abandonnés à leur triste sort. Les médecins de colonisation sont appelés journellement à soigner, soit simplement ceux qui se présentent volontairement aux consultations, soit ceux que la gravité de leur cas fait hospitaliser dans les infirmeries. Mais ce n'est là qu'une infime minorité, pour certaines régions où les trachomateux sont innombrables comparativement à ceux que leur jeune âge, l'insouciance ou la misère, et souvent aussi la grande distance à parcourir, retiennent loin du médecin. D'ailleurs, le plus souvent, l'indigène ne viendra pas solliciter l'intervention médicale. Les formes latentes, s'accompagnant cependant de sécrétion et qui sont éminemment dangereuses au point de vue contamination, mais ne déterminant aucune gêne intense, le laisseront indifférent à son mal, seules les

manifestations douloureuses arrivent à secouer son indolence et son fatalisme habituels. Souvent aussi, la crainte d'une hospitalisation, d'un séjour de longue durée — et le traitement demande du temps — sera suffisante à l'éloigner, souvent aussi après avoir accepté l'hospitalisation, l'amélioration soudaine lui laisse croire qu'il est guéri, il sort, quitte à revenir dans quelques mois, implorer de nouveaux soins. C'est un fait superposable à celui qui se passe pour les injections antisypilitiques.

Comment atteindre également des nomades qui séjournent plus ou moins longtemps dans les villages indigènes, devenant ainsi une cause temporaire de surpeuplement, donc offrant une prise bien plus grande à la contamination ainsi que nous l'avons déjà dit.

IV. — Comment envisager la lutte ? les facteurs de son succès.

Etant donnés tous ces facteurs : l'extrême diffusion du trachome, la proportion élevée des malades, les conditions ethniques, religieuses, qui régissent la vie indigène, la communauté de misère, il semblerait que pratiquement la lutte antitrachomateuse soit impossible tant par les difficultés sociales que pécuniaires qu'elle est obligée d'affronter et souvent se heurter.

Il nous semble cependant que, si après un choix judicieux des différents procédés prophylactiques et thérapeutiques, jugés actuellement les meilleurs, leur application est conditionnée par les us et coutumes des indigènes, tout en tenant compte des difficultés particulières à chaque région, la lutte, ainsi rationnellement envisagée et située dans son cadre exact, perd son caractère d'entreprise insurmontable, vouée à l'insuccès et surtout inopérante.

L'évolution même du trachome trace en quelque sorte les directives qu'il faut suivre dans la lutte entreprise contre lui: Maladie chronique, sujette, après des périodes d'accalmie plus ou moins longues, à rechutes et récidives, la guérison s'obtient après un traitement prolongé, surtout si l'affection est attaquée dès son début, par les seuls moyens médicaux, sans que l'hospitalisation soit une condition indispensable à la réussite.

§ 1. — **Les Brigades mobiles ; leur rôle.**

Les Anglais, en Egypte ; en 1917, A. Sarraut, Commissaire général de l'Indo-Chine ; en 1921, le Docteur Talbot, à Hué, en Annam, ont expérimenté des brigades antitrachomateuses, mobiles, chargées d'effectuer des tournées à intervalles indéterminés. Le Docteur Cazaux, Directeur de l'Institut Ophtalmique d'Hanoï, n'en est pas partisan ; L. Parrot, en Algérie, ne croit pas qu'une défense aussi intermittente soit susceptible de donner des résultats dans le trachome

rural. Le Docteur Aubaret, professeur d'ophtalmologie à l'école de médecine de Marseille, au Congrès Colonial de 1922, en donnait les raisons :

« Il est clair que pour des foyers sérieusement infectés (ils sont nombreux dans le sud de la Tunisie) où sévissent des cas graves, le passage plus ou moins rapide d'une équipe volante, ne peut avoir de résultat décisif, surtout si elle ne revient qu'à des intervalles fort éloignés dans les mêmes lieux contaminés. »

Il faut alors augmenter le nombre des équipes, les charges croissant parallèlement, où alors se résigner à quelques-unes, d'où perte de temps précieux, préjudiciable au résultat à obtenir et très onéreux.

§ 2. — Le Dispensaire antitrachomateux, sédentaire et permanent ; pourquoi ?

Nous croyons, avec tous ceux qui se sont occupés de la question, que seul une dispensaire sédentaire et permanent, avec un personnel au courant, peut efficacement lutter. C'est, du reste, l'impression de P.-J. Petit après sa mission d'étude dans les territoires du sud tunisien et c'est l'opinion qu'il soutient, après expérience, dans son mémoire.

D'autre part, L. Parrot qui a profondément étudié cette question en Algérie, proposant, en 1921, dans les *Archives des Instituts Pasteur* de l'Afrique du Nord, un projet d'organisation, s'exprimait ainsi : *« Le trachome est fonction de misère, d'encombrement ; de confinement, de malpropreté, de mauvaise*

hygiène. La contamination s'effectue surtout au cours des premières années de la vie et surtout dans le cercle de la famille. D'où la nécessité de dépister de bonne heure les cas apparus ; de connaître, quels quartiers, quelles maisons, quelles familles sont infectés ; d'assurer la disparition de réservoir de virus, l'amendement du terrain. Et cela ne peut-être l'œuvre que d'un organisme sédentaire, permanent, qui fixé en pleine endémie en saisira toute l'étendue, les modalités, les variations et s'y adaptera étroitement, pour y jouer sans arrêt le rôle complexe d'informateur, de guérisseur et d'éducateur de l'ignorance. »

« Savoir, guérir, préserver, éduquer », tout le programme de la lutte contre le trachome réside en ces quatre termes ; seul le dispensaire stable et permanent peut en assurer le contrôle et l'exécution, tout en se pliant aux particularités du milieu, et ce, avec le minimum de dépense.

Le dispensaire antiophthalmique « Bit El Aïnin » suivant nos conceptions serait établi, dans les régions éprouvées, dans chaque centre desservi par un médecin de colonisation. Ce serait le poste central où viendraient les malades de la localité ou de l'extérieur. Quant à ceux que la distance retient, mais qui peuvent se rendre chaque semaine aux points de marchés, qui ont lieu à jour fixe : localités d'ailleurs visitées habituellement et régulièrement par le médecin, là il examinerait et traiterait sur place ceux qui ne présenteraient que des lésions peu étendues et dirigerait sur son infirmerie ceux qui constitueraient un danger pour la collectivité. Reprenant, alors, l'idée

des brigades volantes pour les douars contaminés isolés ou situés à la périphérie de la circonscription médicale et que le médecin retenu par les soucis de sa clientèle ne pourrait visiter, l'auxiliaire médical, secondé d'un infirmier, agissant aux lieux et places du praticien et conformément à ses instructions, soignerait sur place les cas bénins, évacuant les autres sur le poste central.

Dans l'un et l'autre cas, l'autorité officielle du Caïd ou du Cheïk serait mise à contribution pour augmenter celle du personnel médical auprès des malades en général négligents et apathiques.

§ 3. — L'hôpital ophtalmologique ; son but, sa nécessité en Tunisie.

Mais le corollaire de ce centre de granuleux, est l'hôpital ou la clinique ophtalmologique, sous la direction d'un spécialiste, permettant les interventions minutieuses nécessitées par les complications : trichiasis, manifestations lacrymo-nasales (rhinites, dacryocystites, etc.), pannus, ulcère de la cornée, etc. Le médecin de colonisation absorbé par sa clientèle journalière, n'ayant ni le temps, ni non plus l'installation, nécessaires pour mener à bien de tels traitements. Assisté de son auxiliaire médical, il pourrait ainsi établir exactement la répartition du mal et porter plus particulièrement ses soins aux points où l'affection sévit avec le plus d'intensité.

Se mettant en rapport avec les autorités locales, qui auraient pleins pouvoirs pour les seconder, le méde-

cin leur signalerait les cas connus qui se déroberaient à son action. Car, dans l'espèce, ce n'est pas tant la déclaration qui importe, que l'idée d'une obligation légale ou réglementaire pour le trachomateux de se soumettre de bon ou de mauvais gré à un traitement sérieux. Ces mesures n'auraient pas pour but de mettre les sujets atteints en quarantaine et de les retenir provisoirement de la société, mais elles se borneraient surtout à secouer l'indolence de la majeure partie des granuleux, les obligeant à se soigner. Car les plus contagieux sont les trachomateux qui s'ignorent ou se négligent, ne prenant aucune précaution et ne suivant aucun traitement, ce sont là les facteurs de germe les plus dangereux et les agents les plus actifs de la propagation de cette ophtalmie. D'ailleurs dans les contrées entièrement contaminées, où les sujets atteints sont en nombre innombrable, ces mesures perdront le caractère draconien et gênant qu'elles peuvent avoir, et seront d'autant plus faciles à appliquer, et seront d'autant mieux tolérées que presque tout le monde aura à s'y soumettre.

Enfin le dispensaire serait l'éducateur du milieu, instruisant les malades et leur entourage sur le danger de la contagion, comment elle s'opère, sur les précautions permettant de l'éviter, insistant tout particulièrement sur la nécessité de l'hygiène corporelle et oculaire, sur le danger des linges souillés.

V. - **La Prophylaxie individuelle,
scolaire, familiale.**

Le trachome, avons-nous dit précédemment, sévit tout particulièrement chez les jeunes écoliers, 90 à 96 %, cite P.-J. Petit, c'est donc par une éducation sanitaire enseignée dans les écoles que l'on obtiendra des résultats pratiques. Le rôle des instituteurs et des institutrices peut devenir très précieux à cet égard. Toutefois, pour pouvoir mettre en garde les enfants qui leur sont confiés, il importe qu'ils aient eux-mêmes des notions précises sur la maladie ; sur sa nature, ses différents modes de contagion et sur les dangers redoutables qu'elle entraîne. Il serait à souhaiter, que dépassant des connaissances pédagogiques, ils fussent capables d'en connaître les premières manifestations, ils signaleraient les cas au médecin dont l'intervention immédiate rendrait la maladie plus bénigne et la guérison plus aisée.

Nous savons, qu'un effort dans ce sens, a déjà été fait à Tunis par le Docteur Cuénod, le praticien émérite de la Clinique de la rue Zarkoum, qui fit aux instituteurs des conférences sur le trachome. Il y a mieux à faire encore, croyons-nous, ces notions devraient leur être inculquées au cours même de leurs années d'étude à l'Ecole Normale et des séances ou des visites, pendant lesquelles défileraient devant eux

des granuleux à toute période, illustreraient cet enseignement d'une façon saisissante.

De plus, ce petit granuleux révèle un entourage trachomateux, il y a donc intérêt à ce que, non seulement l'enfant soit examiné, mais aussi la famille tout entière, pour dépister les cas ignorés nécessitant un traitement immédiat. Et c'est là, peut-être, que la déclaration aurait un rôle efficient et sa raison d'être, entraînant de la part de l'autorité administrative une réquisition imposant une visite médicale sous la menace de sanctions, si les suspects s'y refusaient ou apportaient de la négligence ou du mauvais vouloir à se faire traiter.

Et comme il ne faut négliger nulle influence, un résultat efficace pourrait être actuellement obtenu du concours des matrones, autorisées comme sages-femmes. Après une éducation sommaire, elles rendraient d'appréciables services à la lutte antitrachomateuse. Appelées, fréquemment, dans les intérieurs indigènes, elles sont mieux à même de découvrir des porteurs de granulations, leurs avis sont, le plus souvent, écoutés sans appel. Aussi pourraient-elles éduquer la mère indigène, la mettre en garde contre cette terrible ophthalmie, lui enseigner quelques principes d'hygiène, semer le bon grain que le temps, l'expérience et les résultats feront lever un jour. La déclaration obligatoire de tous les cas constatés leur serait imposée d'une façon impérieuse sous la menace, en cas de non application, de suspension ou de retrait de leur autorisation d'exercer et toute défaillance, à cet égard, devrait être impitoyablement réprimée.

Aucune affection oculaire n'est aussi répandue en Tunisie, ni aussi redoutable que le trachome, au point de vue économique et social. Le contingent considérable que représentent les borgnes, les aveugles ou les infirmes par suite de lésions cornéennes représente un capital improductif à charge à la collectivité qu'il gêne dans son développement et qu'il grève d'obligations onéreuses.

Aussi faut-il qu'un effort collectif entreprenne âprement la lutte.

Avec une prophylaxie judicieusement choisie et appliquée d'une façon continue par des mains expertes et toujours diligentes, les résultats favorables apparaîtront rapidement. Sans doute, il faudra longtemps avant d'obtenir la disparition complète ou à peu près complète du trachome dans les milieux indigents ou misérables. Mais, ne serait-ce pas déjà une belle œuvre sociale et philanthropique que d'enrayer la progression du mal, de rendre inoffensifs les porteurs de germes, de soulager ceux qui souffrent et de réduire de moitié ou des deux tiers le nombre des victimes.

Mais, pour qu'une telle œuvre soit susceptible de produire tous ses fruits, pour qu'elle puisse se généraliser, progresser, il est nécessaire de créer, dès maintenant, une ligue antitrachomateuse. Le Docteur Ch. Nicole et le Docteur Cuénod ont déjà émis ce vœu à la Société Française d'Ophtalmologie.

Le Congrès Colonial de la Santé publique, adoptait le 15 septembre 1922 : à l'unanimité l'ordre du jour suivant :

« Considérant que l'ophtalmie granuleuse constitue toujours un fléau redoutable dans nos colonies et dans certains foyers encore importants de la métropole ;

« Emet le vœu :

« 1° Que la lutte antitrachomateuse soit organisée d'une façon plus active et plus méthodique ;

« 2° Qu'une Ligue contre le trachome soit fondée, chargée d'étudier les règlements et les mesures à prendre et de seconder tous les efforts et toutes les initiatives destinés à étudier et à combattre cette ophtalmie contagieuse. »

En terminant, nous serions heureux nous aussi, en attendant sa réalisation, de voir se former une Ligue antitrachomateuse tunisienne, qui reconnue d'utilité publique, subventionnée par le gouvernement et les communes, pourrait entreprendre hardiment et victorieusement la lutte contre cette « maladie sociale », à l'aide du dispensaire et de l'hôpital antiophtalmique, avec les seuls concours des médecins de colonisation et de quelques spécialistes pour les centres régionaux.

CHAPITRE V

Le Paludisme en Tunisie.

I. — La question du Paludisme en Tunisie.

« Le paludisme, écrit le Docteur Cortési, loin d'être l'infection bénigne que l'on guérit facilement avec quelques dragées de quinine, est une infection qui laisse souvent une tare dans l'organisme. »

En Tunisie, plus que partout ailleurs, le paludisme se présente comme un fléau redoutable : il persiste à l'état endémique dans le pays, faisant chaque année un nombre élevé de victimes, tantôt en un point, tantôt en un autre ou comme en 1921 éclatant soudain en épidémie massive, frappant de tous côtés à la fois. Si l'on s'en réfère d'ailleurs à la carte dressée par le Docteur Masselot, on constate qu'il est disséminé à toutes les régions qui, tour à tour, lui payent un large tribut, la région du Nord semble cependant plus particulièrement touchée.

Le corps médical tunisien s'est ému de cette situation; aussi la Société des Sciences Médicales de Tunis, inscrivait à l'ordre de ses travaux pour 1921-22, la question du Paludisme en Tunisie, faisant appel à toutes les initiatives, invitant tous les praticiens à collaborer à la mise au point d'une étude aussi touffue qu'importante.

L'étude clinique et thérapeutique y furent tout particulièrement étudiées et, à part quelques divergences de détails, semblent définitivement fixées, nous n'y reviendrons pas ; nous nous bornerons simplement à étudier les mesures prophylactiques qui, conditionnées par les modalités de son étiologie, permettront de réduire cette endémie.

Le problème est des plus sérieux et des plus complexes, car la lutte antipaludique doit être poursuivie dans des milieux sociaux très différenciés et inégalement accessibles ; toutefois, là comme ailleurs, l'application et l'efficacité des mesures dépendront d'un ensemble de dispositions administratives qui instaureront une réglementation et une discipline antipaludique, nulles actuellement.

La lutte défensive contre l'impaludation aiguë ou chronique comporte deux temps : détruire les gîtes à anophèles, les propagateurs du plasmodium : ce sera l'œuvre des pouvoirs publics et de l'Hygiène ; et opérer également sur le centre de ravitaillement de l'infection, sur les réservoirs de virus que constituent les porteurs de germe : ce sera la partie médicale.

II. — L'influence des conditions atmosphériques et topographiques dans la diffusion du Paludisme.

Il résulte, des connaissances actuelles, que les manifestations paludéennes dans un pays sont liées à des causes locales. L'expérience a appris, au cours des âges, que les années pluvieuses sont des années fiévreuses ; nous estimons qu'il est plus rationnel et logique de dire que les années fiévreuses sont facteurs bien plutôt de l'époque où s'effectuent les chutes de pluie que de la quantité d'eau tombée. L'influence saisonnière est manifeste et incontestable sur la pullulation anophélienne ; elle s'explique d'ailleurs. Les pluies tardives du printemps, auxquelles fait suite aussitôt la chaleur estivale, multiplient les gîtes à moustiques, assurent également un développement plus favorable aux larves, grâce à une température extérieure plus douce et plus clémentine ; qu'au contraire, le sirocco souffle pendant une période un peu prolongée, on voit immédiatement les moustiques se raréfier, les larves, troublées au cours de leur évolution, n'arrivent pas à maturité.

Si, d'autre part, les moustiques ont uniquement pour zone d'habitat les eaux stagnantes, les prairies submergées, en un mot, les contrées marécageuses qui leur constituent des gîtes appréciés, il ne faut pas perdre de vue que l'extension du paludisme est liée elle aussi à la topographie de la région et uniquement

commandée par la portée du vol des anophèles. Un gîte, même étendu, où foisonnent moustiques et larves, mais encaissé, à bords abrupts et droits, sera moins dangereux et redoutable qu'un autre de superficie moindre, mais situé en espace libre et découvert. La déclivité du terrain entre en jeu comme facteur important de la dissémination des anophèles, dont les ailes ne leur permettent pas d'entreprendre de grandes randonnées et surtout de prendre de la hauteur.

« L'eau magnésienne et saumâtre n'est point un obstacle à ces diptères, qui ont une faculté d'adaptation très grande, qui permet à leurs différentes espèces de prospérer dans les conditions d'habitat les plus variées. C'est ainsi que les larves de telle espèce saharienne peuvent vivre et se développer dans les collections d'eau dont la teneur saline est supérieure à celle de la mer. Il est donc important, au point de vue prophylaxie, de déterminer l'aire d'extension des diverses espèces et la densité anophélienne, étude qui n'est même pas ébauchée en Tunisie. »

Un autre point à noter dans ce pays où la généralisation des manifestations paludéennes en masque trop souvent la portée pour l'attribuer à sa véritable cause, réside dans l'extrême diffusion des anciens infectés et le caractère nomade de la population. Les indigènes sont, presque tous, plus ou moins contaminés, constituant des réservoirs de virus permanents ; au surplus, les nécessités de la transhumance, des cultures et de la moisson créent un immense courant dans tout le pays. Les populations du Sud, au sol plus ingrat, plus aride, émigrent, à la belle saison,

vers les régions du Nord, plus prospères, mais aussi plus paludéennes et plus riches en anophèles. Au milieu de cette agglomération, les sujets sont parasités en grand nombre ou subissent des réinfections massives.

Nous avons pu assister, à la fin de l'été 1923, en août et septembre, à la confirmation de ce fait : A El Ala, ainsi que dans l'Ousselet, où nous fûmes envoyé pour constater des cas suspects dont la symptomatologie et la mortalité rapidement élevée faisaient suspecter le typhus. Nous nous trouvâmes en présence de paludisme pernicieux : la cachexie profonde, les accès de fièvre, francs et caractéristiques, avec troubles méningés, coma ou délire, ainsi qu'une splénomégalie marquée, ne laissaient aucun doute ; d'ailleurs, les injections de quinine, à dose massive, jugulèrent la fièvre et les accès en 48 heures. L'infestation s'était produite aux mois de mai et de juin, les sujets en cause avaient rejoint leur douar en août ; les premières nuits fraîches avaient été la cause déterminante, déclanchant ces manifestations paludéennes, sous une forme alarmante, au milieu d'une population anémiée et fatiguée par les travaux de l'été et nullement prémunie contre les premiers froids.

Or, fait caractéristique, et qui mérite d'être relaté, tous les malades avaient, au cours de l'été, quitté leur résidence habituelle, pour aller concourir à la moisson dans la région marécageuse qui confine aux contrées de Kairouan et de Macktar. Ils s'étaient trouvés au milieu d'une région où pullulent les moustiques

et en contact avec des indigènes de toutes provenances, parmi lesquels de nombreux paludéens. Dans les tribus précitées, seuls ceux qui avaient effectué le déplacement étaient impaludés, à l'exclusion absolue des sédentaires, qui ne présentaient aucune trace ni symptôme de paludisme. Il était manifeste que la contamination s'était opérée en dehors des régions habituellement habitées par les malades, protégées qu'elles sont par la nature du sol, l'escarpement et la grande ventilation, tout autant de causes qui s'opposent au vol capricieux et mal assuré des moustiques.

« Tant que l'importance du réservoir de virus se maintient à un certain niveau, les causes qui augmentent la multiplication des anophélins agissent aussi d'une manière très sensible sur la courbe épidémique annuelle. C'est pourquoi, dans toute l'Afrique du Nord, où le réservoir de virus est considérable, la marche des épidémies de paludisme est si étroitement en rapport avec les circonstances météorologiques. »

Cet exemple explique les cas d'épidémie foudroyante à caractère alarmant et pernicious, éclatant brusquement dans des régions qui semblent en apparence protégées par leur site et jusqu'alors indemnes. Les habitants impaludés au cours de la saison estivale ont rapporté avec eux les germes que les anophèles vont propager à toute la tribu.

III. — La lutte antipaludique ; comment il faut l'envisager ?

Les modalités de la propagation de cette affection indiquent elles-mêmes les mesures à opposer à son extension et qui entraîneront, de ce fait, sinon la suppression, tout au moins la diminution du paludisme et atténueront, pour ceux qui en seront atteints, la virulence.

§ 1. — La destruction des moustiques et des larves.

Il est un fait biologique qui domine tout le paludisme: le moustique constitue l'hôte intermédiaire, indispensable entre l'homme et le plasmodium, en abritant momentanément l'hématozoaire qui y poursuit un cycle évolutif qui le rend alors offensif et dangereux, en le projetant ensuite, par sa piqûre, dans le torrent circulatoire humain. L'absence d'anophèles dans une région où habitent même des impaludés est donc une garantie de non contamination. Puisqu'ils sont à la fois les vecteurs et les propagateurs de la maladie, il faut s'attacher à les détruire, soit en s'en prenant directement à eux, soit en agissant sur les gîtes où ils élisent domicile pour s'abriter, pondre et se multiplier.

« *L'anophèle se présente à nous, écrit Visbecq, d'une part à l'état d'œufs et de larves, de l'autre à l'état adulte ; les œufs et les larves se trouvent dans l'eau ; ils y sont faciles à détruire, l'adulte est un insecte parfait, petit, vif, subtil, d'une extrême mobilité.* »

La femelle qui seule est dangereuse, après s'être gorgée de sang, va pondre ses œufs dans les eaux tranquilles, les flaques stagnantes, les anses des oueds où s'étale encore une mince nappe d'eau, dans les marécages, dont les herbes lui offrent un abri sûr et tranquille pour sa ponte d'abord et pour sa descendance ensuite, qui assurera la propagation de l'espèce.

Parmi les mesures préconisées, nous retiendrons celles qui présentent le maximum de garantie et dont l'utilisation en d'autres pays a donné des résultats probants.

a) *Amendement du sol.* — La première en date et la plus effective consiste en la suppression des gîtes propices à la ponte et à l'habitat : dériver de leurs cours ou canaliser en certains points les oueds qui viennent se déverser en des cuvettes formant poches d'eau stagnante ou les vider par un drainage qui répartira aux terres d'alentour l'eau fertilisante et bien-faïtrice, combler les mares, évacuer les sombres marigots, faucarder les herbes des marécages ; en un mot, pratiquer l'assolement. Le terrain ainsi conquis deviendra une excellente terre arable, où la culture remplacera de vastes étendues improductives et dan-

gereuses. Le résultat obtenu en ce sens en Macédoine grecque est un exemple probant. Lors de la création de la base de Salonique, la région de Zétenlik, à l'embouchure du Vardar, réunissait toutes les conditions exigées pour un camp de concentration, mais le paludisme et les moustiques y régnaient en maîtres.

En présence des nombreux cas qui éclatèrent brusquement, au début, les Alliés, alarmés et inquiets, se mirent à l'ouvrage, prenant des décisions radicales ; ils transformèrent et remanièrent toute la région, si bien que quelques mois après fonctionnaient des hôpitaux où les paludéens du front trouvaient le repos et la guérison. Parmi les nombreuses troupes qui se succédèrent au camp par la suite, on ne constata aucun cas autochtone.

b) *Poissons et tritons dans la lutte antilarvaire*. — En vertu du vieil adage : *Sublata causa, tollitur effectus*, s'attaquer tout d'abord aux œufs et aux larves, c'est tarir dans sa source même le paludisme naissant. On a eu recours contre elles à l'intervention de certaines espèces de poissons, réputées pour détruire les nymphes de moustiques ; à cet effet, on a préconisé et employé avec succès les cyprins dorés ou rouges, qui fraient fort bien dans les eaux stagnantes et y stabulent comme bétail dans un parc. Legendre a expérimenté en grand ce procédé dans les rizières d'Extrême-Orient et à Madagascar.

« *Après avoir été le témoin, dans nos possessions d'outre-mer, de l'inexistence ou de la faillite de la prophylaxie physico-chimique contre les affections*

transmises par les moustiques, j'y ai préconisé la destruction systématique et en grand des larves de moustiques par les poissons. En créant, avec double objectif économique et sanitaire, la station d'hydrobiologie et d'aquiculture de Tananarive ; en introduisant et en acclimatant des carpes-miroir, apportées de France, dans les eaux douces si étendues de Madagascar ; en transportant des perches malgaches de Tananarive dans des districts éloignés qui en étaient dépourvus ; en étudiant le mode de reproduction de la perche et du goujon malgaches ; en initiant la population à la pisciculture ; en exposant un programme d'exploitation des eaux douces, j'ai donné les moyens de décupler la production des poissons, tout en améliorant la prophylaxie antipaludique... Cette prophylaxie naturelle et rémunératrice s'oppose avantageusement à la prophylaxie physico-chimique onéreuse. »

On ne saurait passer sous silence les observations élégantes et précises d'Ed. Sergent et de Miss Katherine Foot sur l'utilisation des tritons pour la destruction des moustiques. Etudiant en Savoie des gîtes typiques à anophèles, ils constatèrent que plusieurs en étaient complètement dépourvus.

« En y regardant de près, ils s'aperçurent que l'absence de larves coïncidait toujours avec la présence de nombreux tritons et qu'inversement la présence de larves de moustiques dans un gîte signifiait absence de tritons... A la différence des têtards de grenouilles, herbivores qui cohabitent avec les larves de moustiques, les larves de tritons sont des ennemis dangereux des moustiques. Les tritons peuvent donc être

employés de la même façon que les poissons pour la destruction des larves d'anophèles et de culex, à condition d'empêcher les plantes aquatiques d'envahir la surface des eaux, en désherbant à intervalles réguliers. On se procure facilement des tritons dans toutes nos campagnes françaises. Etant amphibies, ils ont, de ce fait, un avantage sur les poissons pour peupler les gîtes qui assèchent périodiquement : les tritons adultes survivent au dessèchement des flaques et peuvent rester des mois hors de l'eau, se transporter même, par leurs propres moyens, d'une mare à l'autre, le réensemencement en tritons de toutes les mares se faisant ainsi par les voies naturelles, sans que l'homme ait à s'en occuper. Aussi, cette utilisation des tritons est-elle en général peu coûteuse : il suffit d'enlever les plantes d'eau, qui gênent leurs mouvements et produisent un abri aux larves pourchassées. Les tritons se chargent du reste. »

Sans doute, de tels procédés trouvent une application plus difficile en Tunisie, où l'eau magnésienne pourra peut-être s'opposer à la vitalité des agents employés, bien que sa faible teneur en sel ne s'oppose pas à la vie, l'existence d'une faune et d'une flore magnésienne le montre surabondamment. D'autant plus aussi que l'eau douce abonde, notamment dans la région du Nord, qui est, en quelque sorte, le berceau du paludisme où les fellahs du Sud viennent se contaminer chaque été. L'Institut Arloing pourrait y tenter un essai, quitte à lui donner plus d'extension par la suite, si les succès répondent aux espérances.

Après avoir évincé ce premier danger, momentanément

ment inoffensif, il faudra s'en prendre aux moustiques adultes. Là, l'action directe semble inapplicable, d'autant plus que ce diptère est difficile à trouver, en vertu de l'exiguité de sa taille qui le rend presque invisible ; on ne l'entend pas et il ne sort que la nuit. Toutefois, les mesures consisteront à se préserver de leurs atteintes, soit en attirant ces hématophages loin de l'habitation de l'homme, par une protection animale qui leur offrira leur aliment à satiété, soit par une barrière qui s'opposera à leur intrusion à l'intérieur.

c) *Les animaux domestiques, écran contre les moustiques.* — Roubaud, Legendre et Oliveau, les frères Sergent et beaucoup d'autres auteurs ont mis en évidence et préconisé l'utilisation des animaux domestiques pour la protection contre les anophèles adultes, leur présence constituant pour l'homme un écran protecteur des plus manifestes et des plus efficaces.

Il résulte de leurs observations que la protection à l'égard de l'homme est d'autant plus grande que les écuries, les étables, les basses-cours sont plus peuplées. « On a souvent besoin d'un plus petit que soi » ; à cet égard, le lapin joue un rôle de premier ordre, surtout contre l'anophèle, vis-à-vis duquel il exerce, pour le gîte et la nourriture, une attraction tout à fait remarquable.

Legendre et Oliveau poursuivirent leur enquête en Charente-Inférieure, dans le Var, à Fréjus, ainsi que sur tout le littoral provençal ; partout, ils constatèrent que les clapiers constituaient un centre d'attraction

électif pour les anophèles qui se complaisaient dans l'atmosphère du lapin. Les maisons d'alentour étaient entièrement débarrassées de ces diptères. Ils mirent également en évidence l'action protectrice des porcinés ; un seul porc suffit quelquefois à retenir les petites éclosions provenant d'une mare à purin, d'un tonneau abandonné ou autre collection d'eau peu étendue.

Les frères Sargent aboutissent à la même conclusion, après leurs observations au Maroc, à Kénitra, et en Algérie, au pic de la Mouzaïa, où ils constatèrent, dans une exploitation agricole, que les porcs et les chevaux attiraient les anophèles, qui préféraient leur compagnie à celle de l'homme, dont la maison était ainsi protégée.

Il faut aussi attirer et respecter les chauves-souris, qui sont de grandes destructrices de culex, eux aussi vecteurs et propagateurs de l'infection paludéenne.

§ 2. — De l'habitation et la protection individuelle.

Des précautions s'imposeront également dans le choix de l'emplacement et l'aménagement de la future habitation, si l'on veut éviter le dangereux voisinage des moustiques et du paludisme.

Il faudra fuir les bas-fonds, toujours plus exposés à l'humidité propice aux larves, les plaines marécageuses, les luxuriances des oueds ou des marigots, qui sont l'habitat privilégié des moustiques ; en un mot, fuir tous les points où ils sont installés. Il faut, au

contraire, rechercher les plateaux dénudés et ensoleillés, bien ventilés, arracher tout autour les broussailles, les taillis et les incinérer : ces larges espaces nus et puissamment ventilés sont peu propices au vol des moustiques. Il faut prévoir et installer des grillages pour les fenêtres, placer un tambour devant les portes d'entrée, boucher les fentes dans les baraquements, car si les abris sont mal jointoyés, le grillage est inutile et le moustique persévérant et tenace se rit de ces précautions incomplètes.

La nuit, on emploiera la moustiquaire à fines mailles, qui est un excellent moyen de protection individuelle, accrochée au cadre qui la soutient ; il la faut suffisamment ample, pour qu'elle puisse se border autour du matelas. Elle protégera en outre contre les mouches, auteurs de tant d'insomnies et de siestes compromises. On veillera, en outre, avec soin, à l'évacuation des eaux ménagères et des nuisances, dont le séjour au grand air et la stagnation offrent un gîte aux femelles des moustiques pour y pondre leurs œufs ; dans le même but, et pour s'opposer au développement des larves, on recouvrira d'une mince pellicule de pétrole ou d'huile de schiste les fosses à air libre.

Le paludisme est en outre une maladie de misère, l'anémie qui en résulte offre un terrain de choix à l'infection. « Le remède du paludisme est dans la marmite », dit un proverbe toscan ; il est certain que le confort et l'hygiène alimentaire, que l'on cherche en vain chez nos fellahs tunisiens, sont des armes puissantes à opposer au virus paludéen. Combien

d'indigènes ne vivent que de mauvaise galette d'orge et d'eau sale puisée au fossé de la route. Ce défaut de nourriture explique d'ailleurs pourquoi l'indigène résiste moins à l'infection paludéenne que l'européen plus soucieux de sa table. A la dénutrition et à la cachexie qu'occasionne le paludisme, l'européen oppose une alimentation plus saine, plus substantielle et une observation plus rigoureuse des préceptes médicaux prophylactiques ; mettant son organisme en état de défense constante, à la saison des fièvres, par l'ingestion préventive d'un comprimé de quinine quotidien qui le préservera contre l'infection ou les surinfections possibles.

**§ 3. — L'amendement des porteurs de germes ;
la quininisation préventive.**

Cette quininisation préventive, qui a pour but de neutraliser les porteurs de germes, trouve un gros écueil et une application difficile en milieu indigène, non point qu'il n'absorbe volontiers la quinine qui lui est distribuée, mais son insouciance et son apathie l'empêchent de poursuivre de lui-même et fidèlement un traitement aussi prolongé.

Cette quininisation préventive, pour amender les réservoirs de virus, a été entreprise par le gouvernement tunisien, qui fit effectuer de nombreuses et abondantes distributions gratuites de quinine ; mais il ne suffit pas de délivrer des comprimés, il faut aussi exercer une surveillance et s'assurer qu'ils sont effec-

tivement absorbés. Sans doute, ce contrôle est malaisé ; toutefois, il ne nous semble pas impossible : il faudrait pour cela confier et imposer la répartition de la quinine aux chefs d'exploitations ou de chantiers, aux cheiks des localités ou douars infestés par les moustiques, topographiquement prédisposés à leur visite et où résident des paludéens ; il faudrait en outre s'assurer par un contrôle médical inopiné de son absorption ou non.

La quinine, sous l'influence du « réactif de Tanret », décèle sa présence dans les urines vingt-quatre heures après son ingestion ; aussi, par des analyses rapides et extemporanées, on pourra se rendre compte de l'exécution ou non des prescriptions, sous réserve de sanctions à l'égard des contrevenants.

L'assainissement paludique comporte non seulement l'amendement du sol par l'extension des cultures, les drainages et la suppression des gîtes à anophèles ; réside non seulement dans l'hygiène alimentaire et l'accroissement du bien-être, mais aussi et surtout dans l'amendement des porteurs de germes, dont le caractère nomade et insouciant constitue un danger permanent pour la collectivité. C'est en les supprimant ou en les neutralisant par une quininisation préventive et suivie, que l'on pourra espérer faire disparaître cette affection redoutable qui occasionne chaque année des pertes humaines considérables dans une population déjà clairsemée et décimée par des fléaux meurtriers.

La prophylaxie antipaludique s'impose à l'heure actuelle en Tunisie, à l'égale de celle des autres affec-

tions précédemment étudiées, car le paludisme n'est plus un simple danger individuel, mais une maladie sociale qui intéresse toute la collectivité, lui impose des devoirs et des obligations. Celui qui cherche à s'y soustraire ou qui affecte l'indifférence est une brebis galeuse, au même titre qu'un criminel.

Nous terminerons en rappelant, avec le Docteur Comte que « *tout doit être fait pour diminuer les méfaits de ce fléau dont on peut se rendre maître, connaissant l'agent infectant et possédant le remède souverain. Il ne faudrait pas oublier que le paludisme a été considéré à bon droit comme la cause principale de déchéance de civilisations puissantes et prospères, dont la Grèce et la Sicile — et plus récemment encore la Corse — portent les nobles traces.* »

CHAPITRE VI

Les Décrets Tunisiens des 5 et 15 Mai 1922. La Direction de l'Hygiène.

I. — La déclaration des maladies épidémiques en Tunisie.

La prophylaxie des maladies épidémiques et contagieuses ne saurait exister et être efficace que si l'apparition de ces affections est portée à la connaissance des pouvoirs publics, chargés de promulguer les décrets et les arrêtés qui appuieront et au besoin imposeront à la collectivité, principale intéressée, la double action du médecin et de l'hygiène, seuls qualifiés pour les combattre.

Sans doute, des esprits chagrins ou rétrogrades s'élèveront contre des mesures qui troubleront leur quiétude égoïste, sans se rendre compte qu'ils sont, indirectement, les premiers bénéficiaires de mesures qui les mettront à l'abri, eux et leur famille, d'une épidémie meurtrière.

D'ailleurs, dans une société organisée, le devoir de l'individu est de concourir au bien-être général, qui rejaillit, du reste, sur la société toute entière ; c'est aussi une obligation pour le gouvernement de passer outre aux doléances particulières, pour ne s'appliquer qu'à sauvegarder les intérêts de la collectivité qui lui a confié son mandat pour la défendre et la protéger.

C'est le but du nouveau décret du 15 mai 1922, qui apporte une réglementation plus judicieuse dans la déclaration des maladies épidémiques et contagieuses, sur les vœux émis par le Conseil consultatif d'hygiène.

Au moment où la Conférence consultative se réunissait, en 1921, le Directeur de l'Hygiène remettait au Secrétariat général du gouvernement tunisien une note exposant les motifs et le sens qui devaient régir la nouvelle réglementation pour qu'elle soit une arme agissante, génératrice de résultats fructueux.

« La défense contre les maladies transmissibles repose sur leur déclaration rapide et régulière, cette déclaration déterminant la condition de toutes mesures d'isolement, de vigilance et de désinfection. Aux termes du décret du 19 novembre 1899, tout médecin ou sage-femme exerçant en Tunisie est tenu, sous peine d'une amende de 50 à 200 francs, de faire à l'autorité publique, leur diagnostic établi, la déclaration des cas de maladies épidémiques tombés sous leur observation. Elle doit être faite dans les centres érigés en communes au Président de la Municipalité, en dehors des centres au Contrôleur civil.

« Un arrêté ministériel, en date du 20 novembre 1906 (Journal Officiel du 26), fixe la nomenclature des maladies dont la divulgation n'engage pas le secret professionnel.

« A cette liste, les arrêtés du :

« 15 décembre 1916,

« 10 mars 1919,

« 15 avril 1920,

« Ont ajouté successivement la fièvre méditerranéenne, la grippe, l'encéphalite léthargique.

« Actuellement, les déclarations, même dans les **grands centres**, sont faites très irrégulièrement (il n'y a là rien de particulier à la Tunisie). D'autre part, les déclarations faites aux **Municipalités** sont ignorées des contrôleurs, des médecins, autres que l'auteur de la déclaration, des communes voisines, du gouvernement, qui n'en reçoit notification, lorsque celle-ci est faite, que par état mensuel.

« Dans de telles conditions, les déclarations, même faites en nombre et régulièrement ne peuvent fournir le minimum d'utilité qu'on est en droit d'attendre et qui consiste à répandre dans les milieux médicaux et administratifs la notion du fait et du danger épidémique.

« Pour atteindre ce but, il est essentiel que les déclarations soient :

« 1° Centralisées ;

« 2° Publiées à intervalles courts et réguliers.

« L'inspection générale du Service de l'Hygiène et de la Santé publiques, près du Gouvernement général de l'Algérie — qui n'est pas comme en Tunisie un simple Bureau rattaché à celui de l'Intérieur, mais qui jouit d'une autonomie entière : les décisions de son Directeur, qui n'est point purement nominal, ne sont pas de simples avis consultatifs, dont l'application ou non est soumise à l'appréciation d'un autre service plus ou moins compétent en questions médicales ou d'hygiène, — a réalisé une organisation qui satisfait à ces deux desiderata. »

« Cette organisation peut être prise pour modèle. Elle n'a d'analogue en France que dans le département de Seine-Inférieure, où les Services d'hygiène ont atteint un rare degré d'efficacité. »

« L'inspection générale à Alger publie tous les dix jours un relevé statistique des maladies contagieuses observées dans les trois départements, population civile et population militaire. Ce relevé est envoyé à tous les médecins, aux autorités administratives de la colonie et aux gouvernements voisins. »

« Dans deux départements, les déclarations sont nombreuses et semblent faites avec régularité et avec soin. Ce sont les départements d'Alger et d'Oran où les Conseils généraux

ont voté le paiement des déclarations. Dans le département de Constantine, le Conseil général, où siègent plusieurs médecins, a refusé ce paiement. Les déclarations y sont moins régulières. »

« La Tunisie se doit de suivre sa voisine et

a) de payer les déclarations, au moins pour les affections transmissibles les plus redoutables, choléra, peste, typhus, fièvre typhoïde, variole ;

b) de transformer le mode de déclaration qui doit être double, une des carte-lettres destinée à l'autorité administrative locale, une autre au gouvernement ;

c) de publier un relevé hebdomadaire ou décadaire et d'en faire le service à tous les médecins exerçant en Tunisie, aux contrôleurs et présidents de communes, ainsi qu'aux gouvernements voisins. »

« E. GOBERT. »

Ces principes, ainsi que l'adoption de la nomenclature française, votés à l'unanimité, le 11 janvier 1922, par le Conseil consultatif d'Hygiène et sa rédaction élaborée le 30 mars suivant, aboutissaient au 15 mai 1922.

« Décret du 15 mai 1922 (18 ramadan 1340).

« Louanges à Dieu !

« Nous, Mohammed En Nacer Pacha-Bey, Possesseur du Royaume de Tunis ;

« Vu le décret du 19 novembre 1899 concernant la déclaration des cas de maladies épidémiques ;

« Vu les arrêtés du 21 décembre 1899, 20 septembre 1906, 15 décembre 1916, 10 mars 1919 et 17 avril 1920, fixant la nomenclature des maladies dont la divulgation n'engage pas le secret professionnel ;

« Vu le décret du 4 septembre 1912 instituant un Conseil consultatif d'hygiène ;

« Vu le décret du 27 décembre 1916 édictant des mesures exceptionnelles en vue de prévenir la propagation des maladies infectieuses ;

« Vu le décret du 20 février 1920 instituant près le Secrétariat général du Gouvernement tunisien une Direction de l'Hygiène et de la Santé publique ;

« Vu les délibérations du Conseil consultatif d'hygiène du 11 janvier 1922 et du 30 mars 1922,

« Avons pris le décret suivant :

« ARTICLE PREMIER. — La liste des maladies épidémiques et contagieuses dont la divulgation en Tunisie n'engage pas le secret professionnel et auxquelles sont applicables les dispositions du présent décret, est ainsi fixée :

PREMIÈRE PARTIE

Maladies pour lesquelles la déclaration et la désinfection sont obligatoires :

- N° 1 : Fièvres typhoïde et paratyphoïde ;
- N° 2 : Typhus ;
- N° 3 : Variole ;
- N° 4 : Scarlatine ;
- N° 5 : Diphtérie ;
- N° 8 : Choléra ;
- N° 9 : Peste ;
- N° 10 : Fièvre jaune ;
- N° 11 : Dysenteries amibienne et bacillaire ;
- N° 13 : Méningite cérébro-spinale ;
- N° 14 : Poliomyélite antérieure aiguë ;
- N° 15 : Fièvre récurrente ;
- N° 16 : Fièvre méditerranéenne ;
- N° 18 : Lèpre.

DEUXIÈME PARTIE

Maladies pour lesquelles la déclaration est facultative :

A. Rougeole ;

B. Infection puerpérale, lorsque le secret de l'accouchement n'est pas demandé ;

- C. Grippe épidémique ;
- D. Encéphalite léthargique ;
- E. Tuberculose ouverte ;
- F. Coqueluche ;
- G. Oreillons ;
- H. Rage ;
- I. Teignes ;
- J. Paludisme ;
- K. Trachome ;
- L. Kala-Azar.

« ART. 2. — Tout médecin exerçant en Tunisie est tenu, sous peine d'une amende de cinquante à deux cents francs de faire, dans les conditions fixées ci-dessous, la déclaration des cas de maladies épidémiques et contagieuses énumérées à l'article premier (première partie), qui tombent sous son observation.

ART. 3. — Chaque déclaration comporte l'envoi de deux cartes-lettres circulant en franchise, détachées d'un carnet à souche adressées l'une au Président de la Municipalité dans les centres érigés en communes, ou au Contrôleur civil pour les cas n'intéressant pas ces centres, l'autre au Secrétaire général du Gouvernement tunisien.

Chacune de ces cartes-lettres porte la date de la déclaration, le nom du malade, son âge, son adresse exacte, la nature de la maladie désignée par son numéro d'ordre ou la lettre qui en tient lieu quand il s'agit d'une maladie à déclaration facultative, l'origine de la maladie, les résultats de l'examen de laboratoire, les mesures prophylactiques prises par le médecin et celles qui sont demandées aux Services publics et, enfin, les nom et adresse du déclarant.

Les carnets sont mis gratuitement par la Direction de l'Hygiène et de la Santé publiques, à la disposition de tous les médecins autorisés à exercer dans la Régence.

« ART. 4. — Toutes les déclarations de maladies épidémiques et contagieuses reçues par les Vice-Présidents de Municipalités et les Contrôleurs civils dans les conditions énoncées à l'article 3 ci-dessus, devront être notifiées par leurs

soins et dans les vingt-quatre heures à l'autorité militaire et maritime locale.

La déclaration par les médecins militaires ou de la Marine des maladies épidémiques observées chez des militaires ou des marins et leurs familles sera effectuée suivant les prescriptions de l'article 3 ci-dessus, sans préjudice des obligations que leur imposent les règlements des Services de Santé de l'Armée et de la Marine.

« ART. 5. — Les déclarations de maladies à déclaration et désinfection obligatoires, énumérées à l'article premier (première partie), pourront être rémunérées. Les conditions de cette rémunération seront réglées par arrêté.

« ART. 6. — Toute opposition, tout obstacle aux mesures de désinfection prescrites par les autorités administratives contre les maladies énumérées à l'article premier (première partie), sera passible d'une amende de 16 à 400 francs et d'un emprisonnement de six jours à un mois.

L'exécution immédiate des mesures sanitaires prescrites pourra être ordonnée.

L'article 463 du Code pénal français et l'article 93 du Code tunisien sont applicables aux infractions prévues par le présent article, sans toutefois, que l'amende puisse être abaissée au-dessous de 16 francs.

« ART. 7. — En cas de récidive dans l'année, les peines ci-dessus prévues pourront être portées au double.

« ART. 8. — Les dispositions du présent décret entreront en vigueur à dater du 1^{er} juillet 1922. Toutes les dispositions contraires cesseront d'être applicables à la même date. . .

« ART. 9. — Notre premier Ministre est chargé de l'exécution du présent décret.

« Vu pour la promulgation et mise à exécution,

« Tunis, le 15 mai 1922.

« Le Ministre plénipotentiaire,
Résident général de la République Française à Tunis,

Lucien SAINT. »

INFORMATION SANITAIRE RELEVÉ DÉCADAIRE

DÉSIGNATION DES LOCALITÉS OU DES CORPS DE TROUPE		Nombre de cas de maladies contagieuses déclarées du 1 ^{er} au 10 janvier 1924																	OBSERVATIONS													
		—fièvre typhoïde et paratyphoïde	Typus	Varicelle	Scarlatine	Diphthérie	Choléra	Peste	Fièvre jaune	Zypphémie anémone et bacillaire	Méningite arabo-spiale	Fébricitas arabo-spiale	Fièvre érythémateuse	Fièvre méditerranéenne	Lèpre	Rougeole	Grippe épidémique	Tuberculose		Coqueluche	Paludisme											
		T	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
Population civile																																
CONTROLE CIVIL DE TUNIS																																
Tunis	16				2								1			1				3	3	10										
Rades																				3												
La Marsa	1																															
Hammam-Lif																				12												
Manouba	1																															
Bellevue																																
Crétévillie	1																				2											
Djebel-Djelloud																					1											
CONTROLE CIVIL DE GROMBALLIA																																
Enchir Sidi Orman				5																												
CONTROLE CIVIL DE BIZERTE																																
Bizerte	1																															
CONTROLE CIVIL DE BEJA																																
Beja					1																											
CONTROLE CIVIL DE SOUK-EL-ARBA																																
Souk-el-Khemis				1																												
CONTROLE CIVIL DU KEF																																
Le Kef	2																															
CONTROLE CIVIL DE MAJSTAR																																
Maktar				1																												
CONTROLE CIVIL DE THALA																																
Caidat des Fraichiches				2																												
Aïn Hamadna																																
CONTROLE CIVIL DE SOUSSE																																
Knefs	1	1																														
Sakline		1																														
Monastir																																
Soukne																																
CONTROLE CIVIL DE SFER																																
Djebeniana				3																												
CONTROLE CIVIL DE KAIROUAN																																
Cheikh el Grimmit				1																												
Kairouan																																
CONTROLE CIVIL DE DJERBA																																
Djerba				1																												
Population militaire																																
—																																
Hôpital militaire du Belvédère																																
Hôpital militaire de Bizerte																																
TOTAUX																																
	21	2	14	1	3								1				1			17	9	10	8	1								
= 89 cas																																

Si la liste des maladies à déclaration et à désinfection obligatoires est encore réduite, c'est qu'il a fallu l'adapter aux crédits alloués à ce sujet par les budgets de l'Etat et des communes, qui ne permettent pas encore de subvenir, pour toutes les maladies épidémiques et contagieuses, aux frais considérables qu'entraînent l'outillage de désinfection et l'armement des mesures prophylactiques dont la déclaration obligatoire est le corollaire indispensable. Pour certaines, d'ailleurs, la déclaration, dans ses conséquences, entraînerait des difficultés insurmontables, qui en rendraient actuellement l'application aussi fastidieuse qu'une vaine.

Toutefois, telle qu'elle est, la nouvelle réglementation apporte une organisation à la fois simple et efficace contre les maladies épidémiques ; le relevé sanitaire décadaire en est une innovation heureuse et profitable. Aussitôt informés d'un foyer contagieux limitrophe ou éloigné, pouvoirs publics et médecins, leur attention ayant été mise en éveil, seront prêts à dépister et à parer aux cas qui se produiraient dans leur circonscription, soit par la surveillance des migrants venus des points contaminés ou par celle plus attentive de la population sédentaire, soit par une application plus stricte des mesures d'hygiène préventive.

De même, la rémunération des déclarations, réglée par un arrêté ministériel publié en même temps que le décret, tout en stimulant le zèle des médecins par une observance plus rigoureuse des déclarations, est un juste dédommagement, bien que minime, au sur-

croît de travail et aux risques encourus par eux dans leur service de prophylaxie.

ARRÊTÉ

« *Le Premier Ministre de S. A, le Bey, Commandeur de la Légion d'honneur,*

« *Vu le décret du 5 mai 1922 fixant la nomenclature des maladies épidémiques et contagieuses à déclaration obligatoire ;*

« *Vu l'article 5 de ce décret, ainsi conçu : « Les déclarations de maladies à déclaration et désinfection obligatoires pourront être rémunérées. Les conditions de cette rémunération seront réglées par cet arrêté » :*

« *Arrête :*

« *ARTICLE PREMIER. — A dater du 1^{er} juillet 1922, il sera alloué aux médecins exerçant en Tunisie une vacation de cinq francs par double déclaration de tous cas de maladie à déclaration et désinfection obligatoires libellée dans les conditions prévues par l'article 3 du décret du 15 mai 1922.*

« *ART. 2. — Lorsque plusieurs cas de maladie épidémique auront été constatés simultanément dans une même famille ou dans une même maison, la déclaration de ces cas sera rétribuée d'après une seule vacation.*

« *De même, lorsqu'un même cas fera l'objet de plusieurs déclarations consécutives, la première en date de ces déclarations donnera seule droit au paiement de la vacation.*

« *ART. 3. — Lorsqu'au cours d'un même déplacement, un médecin de colonisation constatera plusieurs cas de la même affection épidémique dans la même tribu ou la même agglomération, la déclaration de ces cas ne pourra donner lieu à plus de deux vacations.*

« *ART. 4. — Lorsqu'après entente entre les autorités civile et militaire, un médecin de l'armée ou de la marine sera chargé d'un service civil, il aura droit aux vacations prévues à l'article premier ci-dessus pour les déclarations des cas de maladies épidémiques et contagieuses tombées sous son observation, à l'occasion de ce service.*

« ART. 5. — *Les médecins adresseront, à la fin de chaque semestre, au Secrétariat général du gouvernement tunisien, un mémoire en double exemplaire, arrêté et certifié en toutes lettres, des vacations auxquelles leur donnent droit leurs déclarations des six derniers mois.*

« ART. 6. — *En cas d'épidémie massive, le service des vacations prévu ci-dessus sera suspendu par arrêté.*

« *Tunis, le 15 mai 1922.*

« *Pour le Premier Ministre :*

« *Le Secrétaire général du gouvernement tunisien,*

« *G. PUAUX. »*

II. — **Les vaccinations obligatoires.**

La variole en Tunisie.

Le décret du 5 mai 1922 sur les vaccinations et notamment sur la variole, rendant la vaccination jennérienne obligatoire sur toute l'étendue de la Régence, est venu, fort à propos, solutionner une situation critique et fâcheuse, qui préoccupait vivement le corps médical tout entier. De petits foyers disséminés se renouvelant chaque année faisaient payer à l'enfance et même aux adultes un lourd tribut de mortalité. L'Arabe montrait peu d'empressement cependant à bénéficier de l'efficacité de la vaccine, souvent même l'application de la mesure créait des dissensions au sein de la famille. A ce sujet, le Docteur Din-

guizli, dans sa thèse sur « La Variole en Tunisie » s'exprime comme suit :

« ...En notre qualité de musulman, nous avons été particulièrement chargé de poursuivre nos opérations dans les quartiers peuplés en majeure partie d'indigènes arabes. Notre mission fut épineuse au début. Nous avons été à chaque instant l'objet de la révolte publique, à tel point que nous avons vu se produire plusieurs cas de divorce, parce que le père voulant bien accepter la vaccination pour son enfant, la mère s'y opposait énergiquement. »

D'autre part, les médecins avaient à lutter contre un vieux préjugé et une coutume séculaire, accréditée par les « toubibs » indigènes : la variolisation. L'immunisation qu'elle conférait était, à leurs dires, bien supérieure à celle de la vaccine et plus efficace, aussi, le plus innocemment du monde, sous prétexte de préserver leurs corréligionnaires, ils leur donnaient la variole.

« Sur de petites scarifications, le plus souvent faites au niveau du poignet, le toubib inocule du pus des croûtes varioliques. Parfois, l'inflammation, toujours grave, reste locale ; parfois, on assiste à une variole généralisée. Nombreux sont les enfants qui succombent à la variolisation qui devait les préserver. L'épidémie de variole de 1909 n'aurait, eu, paraît-il, pas d'autre étiologie. » (G. Durant, loco citato.)

Le nouveau décret est venu, heureusement, modifier cet état de chose. Tout en laissant aux intéressés le libre choix des opérateurs (médecins, sage-femmes,

diplômés, visiteuses), et l'initiative du moment opportun, pourvu que ce soit dans les limites d'âges fixées, l'administration publique n'intervient que pour contraindre les délinquants à se soumettre à la loi commune et s'opposer par des mesures coercitives aux tentatives de variolisation.

« Sur l'avis conforme du Conseil consultatif, le même texte prévoit que les vaccinations antityphoïdique, anticholérique et antipesteuse pourront être rendues obligatoires en cas d'épidémie ou de menace d'épidémie. La disposition de l'article 5 visant la préservation des bassins d'alimentation des réservoirs ou sources captées pour l'usage commun a pour objet d'éviter qu'une épidémie urbaine ne puisse, comme l'épidémie de typhoïde qui s'est manifestée en mars 1916, à Tunis, trouver son origine dans la contamination de sources par les populations avoisinantes. En cas de choléra, une éventualité de cette nature aurait des conséquences telles qu'il est presque impossible d'en prévoir l'étendue. »

« L'application des vaccinations en masse dans la population indigène ne rencontra pas de difficultés insurmontables. L'expérience a été faite l'an passé (1921), lors de l'épidémie de peste de Médénine, où sept mille deux cent cinquante personnes, pour le cercle de Médénine seulement, et deux mille dans le contrôle de Gabès, ont été vaccinées préventivement, sans incident. » (In Revue Tunisienne des Sciences médicales, et Tunis Médical réunis, N° 6, juin 1922.)

Fiche Sanitaire. - Vaccination jennérienne.

Noms et Prénoms

Lieu et date de naissance

Nom et adresse des parents ou tuteurs

doit avoir subi aux dates ci-dessous indiquées :

Vaccination

1^{re} revaccination

2^{me} revaccination

	Vacciné le	Revisé le	Résultat	Vaccinateur	Observations, Ajournements, etc.
1. . .					
2. . .					
3. . .					Certificat délivré le
	1 ^{re} revaccination	Revisé le	Résultat	Vaccinateur	Observations, Ajournements, etc.
1. . .					
2. . .					
3. . .					Certificat délivré le
	2 ^e revaccination	Revisé le	Résultat	Vaccinateur	Observations, Ajournements, etc.
1. . .					
2. . .					
3. . .					Certificat délivré le

La création, à Tunis, d'un Bureau d'Hygiène, l'action combinée des Femmes de France qui, tant à Tunis qu'à Sousse et dans leurs banlieues, et des médecins de colonisation qui, dans leur circonscription, effectuèrent des milliers de vaccinations, pénétrant partout, vaccinant toutes les personnes, ont hâté la diffusion de la vaccine en milieu indigène et autre. De tels efforts ont été couronnés de succès, aussi, à l'heure où parut le décret du 5 mai 1922, l'Arabe, s'étant rendu à l'évidence de l'efficacité de la vaccine pour en avoir vu les résultats positifs, tant pour lui que pour les siens, après avoir assisté, sous son heureuse influence, à la régression de la variole, accepte-t-il maintenant une vaccination qu'il apprécie. Soulager et prévenir sont les deux meilleurs artisans du succès. Pour notre compte personnel, nous avons vu défiler, dans le contrôle de Kairouan, tant dans le caïdat de Pichon, que dans le khalifalik d'Hadjeb-el-Aïoun, des milliers d'indigènes, jeunes, adultes, vieillards, qui venaient réclamer la vaccination jénérienne. S'il existe des défections encore, l'exemple et l'entraînement du voisin, l'obligation administrative auront vite fait de les réduire et même de les faire cesser rapidement.

DÉCRET DU 5 MAI 1922

« ARTICLE PREMIER. — *Dans toute le territoire de la Régence, les parents ou tuteurs sont tenus de soumettre leurs enfants ou pupilles à la vaccination antivariolique, au cours de la première année de leur vie, et à la vaccination entre 3 et 5 ans, ainsi qu'entre 8 et 11 ans révolus.*

« *La revaccination est également obligatoire pour toute personne entre 17 et 21 ans révolus.*

« En cas d'infraction à cette dernière prescription, les parents ou tuteurs sont civilement responsables.

« L'inoculation de la variole ou variolisation est interdite.

« ART. 2. — Dans le mois qui suit son arrivée en Tunisie pour y établir sa résidence, toute personne est tenue de se faire vacciner ou revacciner, ainsi que ses enfants, à moins qu'elle ne puisse prouver qu'elle a déjà satisfait à ces obligations.

« ART. 3. — En cas d'épidémie ou de menace d'épidémie, la vaccination ou la revaccination antivariolique peuvent être rendues obligatoires par arrêté pour toute personne, quel que soit son âge, qui ne pourra justifier avoir été vaccinée ou revaccinée avec succès depuis moins de deux ans.

« ART. 4. — En cas d'épidémie ou de menace d'épidémie de fièvre typhoïde, de choléra ou de peste, la vaccination antityphoïdique, anticholérique ou antipesteuse de toute personne résidant dans les localités et les régions contaminées ou menacées de contamination peut être rendue obligatoire par arrêté.

« ART. 5. — Lorsque le choléra ou la fièvre typhoïde menaceront le bassin d'alimentation d'un réservoir ou d'une source captée pour usage commun, la vaccination anticholérique ou antityphoïdique de toute personne sur ce bassin peut être rendue obligatoire par arrêté.

« La vaccination antityphoïdique est, en tout temps, obligatoire pour le personnel affecté, à titre permanent ou temporaire, au service des sources, captages, adduction et distribution des eaux ; la même obligation sera étendue, par arrêté, à ce personnel, en ce qui concerne la vaccination anticholérique, dans les cas de menace d'épidémie de choléra.

« ART. 6. — L'Institut Pasteur de Tunis est chargé de la préparation, de l'expédition et de la conservation des vaccins.

« ART. 7. — Toute infraction aux dispositions qui précèdent, toute inexécution des mesures prescrites par application du présent décret seront punies d'une amende de 16 à

50francs, sans préjudice de peines plus élevées en cas de crime ou de délit de droit commun, notamment d'exercice illégal de la médecine, de blessures ou homicide par imprudence, du fait de la variolisation pratiquée sur autrui. L'exécution immédiate des mesures sanitaires pourra être ordonnée.

« ART. 8. — Toute opposition, tout obstacle à l'application du décret ou des mesures prescrites pour son exécution sera punie d'une amende de 16 à 400 francs et d'un emprisonnement de six jours à un mois.

« L'article 463 du Code pénal français et l'article 53 du Code pénal tunisien sont applicables aux infractions prévues par le présent article, sans toutefois que l'amende puisse être abaissée au-dessous de 16 francs.

« ART. 9. — En cas de récidive dans l'année, les peines ci-dessus prévues pourront être portées au double. »

III. — Les corollaires de la nouvelle réglementation et des déclarations obligatoires.

Mais, la déclaration obligatoire ne peut avoir d'intérêt et d'efficacité que si, parallèlement à elle, des mesures prophylactiques, dont elle est la seule raison d'être, déclanchent aussitôt les ressources sanitaires préventives et défensives : la désinfection des locaux et l'isolement des malades.

Des essais timides ont été tentés dans ce sens.

Fatalement subordonnées à des crédits minimes et restreints, manquant le plus souvent de personnel technique, les organisations actuellement existantes ne

répondent pas aux nécessités présentes et ne peuvent intervenir dans toutes les occasions prescrites par les décrets.

Tunis possède actuellement deux lazarets d'observation : celui de la Goulette, pour les besoins de la police sanitaire, simple hangard ouvert à tous les vents, et celui de la Rabta, pour la population de la Régence ; en outre, à l'Hôpital civil un pavillon isolé a été réservé pour les Européens contagieux. Il existe d'autre part un service public, comportant un matériel et un personnel pouvant suffire à la désinfection régulière des locaux et des effets des malades contagieux, mais leur action ne peut s'étendre au dehors du périmètre communal.

Le lazaret de Sousse date de 1920, annexé à l'Hôpital de la ville, il est muni d'une étuve Flicoteaux, à vapeur fluente, et d'une voiture Gonin, pour les besoins de la banlieue.

Bizerte et Sfax possèdent des étuves à vapeur, mais, le plus souvent, le personnel technique, pour en assurer la marche, fait défaut.

Un armement aussi réduit ne saurait répondre à une population de 2.093.939 habitants (recensement de 1921), disséminée sur un territoire de 125.130 kilomètres carrés. Il faut prévoir désormais une toute autre organisation, sous peine de voir les décrets restés lettre morte.

La création d'hôpitaux régionaux, dont l'utilité et la nécessité s'imposent par ailleurs, permettraient d'avoir un pavillon d'isolement, un lazaret muni du

personnel et de l'outillage permettant une désinfection et un isolement, non seulement des contagieux urbains, mais des ruraux, et ce, dans un rayon très étendu.

Le terrain généralement accidenté et peu praticable, une population clairsemée et nomade, l'éloignement des douars nécessitent la création d'équipes mobiles, dotées d'un matériel facilement transportable à dos de mulets, leur permettant l'isolement et la désinfection sur place, par leurs propres moyens. Chacune de ces équipes, sous une direction médicale, rattachée à un lazaret lui servant de base, se déplacerait, suivant les nécessités, dans toute la zone assignée au lazaret. Au besoin même, des automobiles sanitaires, assurant le ravitaillement de la colonne, permettraient, d'un point fixe, sur une route où les contagieux seraient transportés par les mulets de l'équipe, une évacuation rapide soit au lazaret, soit à l'hôpital-dispensaire voisin, assurant ainsi l'isolement et le traitement immédiats des cas graves, soulageant ainsi le médecin de colonisation, en lui évitant des déplacements fort longs et une perte de temps précieux et parfois préjudiciable aux intérêts de sa clientèle. Les frais de déplacement et les indemnités de tournées ainsi évitées pourraient être reportés à l'entretien des équipes mobiles.

IV. — Une Direction d'Hygiène autonome ; pourquoi ?

Pour qu'une organisation sanitaire de prophylaxie et d'hygiène puisse avoir, dans tous ses rouages, une cohésion et une unité de vues qui seules lui en assureront le parfait fonctionnement, il faut une direction unique, libre de toute entrave, un seul cerveau pensant et agissant, centralisant tous les efforts, groupant et coordonnant toutes les initiatives et toutes les compétences, et seule la Direction de l'Hygiène et de la Santé publiques peut en assurer la responsabilité et la tâche.

La Direction actuelle a subi des vicissitudes sans nombre, qui expliquent aisément la stagnation et le peu d'extension ou de cohésion de l'action médico-sociale en Tunisie. Créée par décret beylical du 26 mai 1897, instituant près le Secrétariat du gouvernement une « Direction de la santé et de l'hygiène publiques », supprimée par un nouveau décret, en date du 24 décembre 1910, elle ne fut rétablie que le 20 février 1920.

Ne nous illusionnons pas, le mot de Direction n'est qu'un faux pavillon. En fait, ce n'est qu'un simple bureau, rattaché à la Direction générale de l'Intérieur, n'ayant qu'une voix consultative, et encore pas toujours. Son chef nominal, un médecin, porte le nom de Directeur, mais cela, uniquement pour qu'il puisse

émarger à un traitement suffisant pour compenser les honoraires d'une clientèle qu'il n'est pas autorisé à recevoir.

La multiplicité et la diversité des branches où l'assistance médico-sociale aura à s'exercer, le caractère confidentiel qui s'impose, en certains cas, les conflits qui ne manqueront pas de surgir dans l'application des mesures prophylactiques nécessitent la création d'un office central de l'Hygiène et de la Santé publiques. Mais, une direction qui dirige effectivement, s'administre par elle-même, autonome, affranchie de toute dépendance, ayant ses coudées franches, son budget particulier, qui, forte de ses droits comme de ses responsabilités, parlant au nom des intérêts généraux et vitaux du pays, pourra opposer à la coalition des capitaux le geste bienfaisant d'une civilisation humaine et sociale.

Souvenons-nous, pour n'y pas tomber, des errements qui ont entravé et retardé la diffusion de l'hygiène en France. Alors que chaque bureau en détenait une parcelle, l'hygiène vagissante végétait sous une tutelle imprévoyante et intéressée qui l'étouffait; mais du jour où la création de son ministère lui permit de faire entendre sa voix, recrutant ses partisans parmi les adversaires de la veille, elle vint apporter l'appui et le réconfort matériel et moral aux misères qui souffraient, conquérant du coup, dans un essor grandiose, la première place dans l'économie sociale.

TROISIÈME PARTIE

**Considérations générales
sur le Plan de Campagne de
l'action médico-Sociale en Tunisie.**

Parvenu au terme de notre thèse et jetant un coup d'œil d'ensemble sur les nécessités et le rôle de l'assistance médico-sociale en Tunisie, il nous est possible de condenser et de résumer en un aperçu général, comparativement à ce qui existe, les moyens et les suggestions qui nous semblent devoir améliorer l'hygiène sociale en Tunisie.

Résumé général sur l'Action médico-sociale en Tunisie.

1° La Tunisie, terre d'avenir, dont les richesses et les ressources ne peuvent être exploitées faute de main-d'œuvre, végète et se meurt ; des maladies épidémiques et contagieuses y prennent l'allure de véritables fléaux sociaux par les coupes sombres qu'elles ouvrent dans les forces vives du pays ou qu'elles tarissent à leurs sources. La France, qui poursuit sans cesse son but humanitaire, se doit d'apporter à la Régence, qui lui fournit, au cours de la grande guerre, l'appui de ses bras valides, le secours et les bienfaits de son assistance médico-sociale, qui sauvegarderont la race, lui permettront de développer son capital humain, conciliant ainsi son devoir le plus haut et son intérêt le plus immédiat, en préservant les populations et en leur assurant la santé et la force par une hygiène raisonnée.

2° Le médecin de colonisation, avec tout le prestige que lui donne la science des maux et des remèdes,

pénétrant actuellement dans tous les milieux, en contact journalier avec ceux que la misère aigrit souvent contre une civilisation qui, loin de leur apporter le bien-être espéré, augmente leur souffrance et leur géhenne, est plus à même d'en connaître les besoins urgents et immédiats, et reste seul qualifié pour suggérer les remèdes et les améliorations nécessaires à une situation sociale précaire ou défectueuse et veiller à leur application.

Toutefois, cette influence civilisatrice et bienfaisante, cette pénétration toute pacifique et libérale ne seront vraiment opérantes et fructueuses que si le gouvernement les favorise en maintenant au médecin le prestige et l'autorité que lui confère sa science et si celui-ci peut, sans intermédiaire, écouter les doléances des indigènes et leur prodiguer, avec ses conseils, le réconfort d'une bonne parole. Pour qu'un tel échange puisse se faire avec succès, la connaissance et la pratique de la langue indigène sont les facteurs primordiaux sans lesquels le rôle du médecin reste inefficace.

3° Les Œuvres d'assistance et de protection pour la femme enceinte et la première enfance, surtout indigènes, s'imposent dans un pays où des préjugés séculaires, barbares et le plus souvent malfaisants, où la méconnaissance absolue des principes élémentaires, non seulement d'hygiène, mais de propreté banale, où le dénuement des mères et l'ignorance des matrones seules autorisées à y présider, transforment l'accouchement en un acte aussi périlleux et problématique

pour la mère que pour l'enfant, et exposent celui-ci aux fantaisies d'une alimentation et de soins préjudiciables à sa santé et à son développement.

La mortinatalité et la mortalité infantile déciment la race. Pour remédier à cet état de chose :

a) Il faut supprimer radicalement les matrones, jusqu'ici tolérées et les remplacer par des sages-femmes de colonisation ; créer au besoin des auxiliaires sages-femmes indigènes : des démonstrations pratiques, des cours théoriques d'hygiène, d'accouchement, de puériculture, savoir éviter les pratiques néfastes actuellement en cours, telles seraient les bases de leur enseignement, à la suite duquel on leur confierait un poste rémunéré, sous le contrôle d'un médecin de colonisation, et l'on aurait ainsi des auxiliaires précieuses qui, dans les centres indigènes, rempliraient également les fonctions de visiteuses d'hygiène.

b) A l'instar de l'expérience de Kairouan, il faut aussi créer des maternités-dispensaires, avec consultations gratuites, où les futures parturientes pourront, au cours de leur grossesse, se soumettre à l'examen médical, où les mères pourront demander conseil pour l'allaitement et les soins à donner à leurs enfants ; par la même occasion, le médecin, grâce à ses avis souvent répétés, entamera peu à peu l'ignorance des mères, gagnera leur confiance par les services rendus et arrivera à les persuader de la nécessité d'une hygiène sévère.

c) Il faut encore encourager la natalité et les familles nombreuses par des secours en nature à la mère misérable : secours en vivres, pain, viande, riz, lait pour leur nourrisson (Goutte de lait). « Donner du pain à la mère, ce sera donner du lait à l'enfant » (Brunswic le Bihan); entretenir une émulation entre les mères indigènes par la distribution de layettes pour les nourrissons bien tenus; offrir une prime aux chefs de familles nombreuses, en les exonérant, en totalité ou en partie, de l'impôt de la « mechba », suivant leurs charges.

d) Répression énergique des avortements par trop fréquents et facilités le plus souvent par les matrones.

4° La Syphilis héréditaire ou acquise, si commune en Tunisie, est entretenue et propagée par l'insouciance de ses victimes et l'ignorance où elles sont encore de ses modes de contagion. La lutte antisypilitique, actuellement entreprise, suit un développement régulier, grâce aux efforts du corps médical et aux distributions gratuites et généreuses de « novarsénobenzol » effectuées par le gouvernement pour le traitement des indigents.

a) Il résulte des données actuelles que seul un traitement systématique peut en réduire la diffusion : traitement instauré soit aux dispensaires spéciaux, soit dans les infirmeries, soit dans les hôpitaux, sous le contrôle du laboratoire, tant pour la clientèle payante qu'indigente, avec consignation sur une fiche des examens de laboratoire et des résultats acquis,

fiche qui pourrait être communiquée, sur la demande du malade, à son nouveau médecin traitant.

b) La lutte antisyphilitique chez les prostituées, telle qu'elle a été instituée à Sousse, doit être généralisée à toute la Tunisie, sa fiche sanitaire relatant à la fois la courbe de traitement et celle des séro-réactions, permet de suivre chaque malade en cours de traitement et, en cas de déplacement le nouveau médecin peut poursuivre le traitement sans interruption ; elle permet aussi une surveillance continue et un contrôle de la situation syphilitique.

c) La nouvelle réglementation de police spéciale, imposant aux tenancières de déclarer les prostituées suspectes ou atteintes et à celles-ci l'obligation de se faire soigner, hâtera le dépistage et la guérison méthodique de ces malades.

d) La redevance dite « sanitaire » qu'elles versent chaque semaine à la municipalité, dont elles ressortent, doit servir tout d'abord à régler leurs frais de traitement et d'hospitalisation — c'est ce qui existe maintenant — le surplus devrait être réparti entre la municipalité, pour améliorer son hygiène urbaine, le dispensaire ou l'hôpital pour l'achat de l'agent thérapeutique et permettre, pour les indigents communaux, l'emploi plus large d'une médication coûteuse dont le gouvernement ne peut assumer seul le renouvellement, et le laboratoire régional.

e) Il faut aussi éduquer la masse : l'enseignement scolaire, la vulgarisation seront mises en œuvre ; dé-

pister les cas non traités qui s'ignorent ou se négligent, là encore se fera sentir l'heureuse influence des visiteuses d'hygiène qui signaleront les malades au médecin, indiqueront à la famille les précautions à prendre. Les heureux résultats des cures obtenues secouant l'indolence et l'ignorance, détermineront peu à peu les syphilitiques à solliciter l'intervention médicale.

5° La Tuberculose, maladie de misère fonction d'une association collective défectueuse, nécessite des remèdes sociaux, car, à toute amélioration sociale, correspond une diminution de la tuberculose.

a) Relèvement des salaires, commissions d'hygiène chargées de la surveillance de la salubrité des maisons d'habitations, des ateliers et des locaux de travail ; en un mot : amélioration de l'hygiène collective et urbaine, répression de l'alcoolisme et de l'abus des stupéfiants.

b) Intervention médicale pour conserver au terrain humain sa résistance naturelle et ce en coopération avec le gouvernement.

c) « Savoir, préserver, isoler, guérir et éduquer », tels sont les principes directeurs de la lutte antituberculeuse.

d) L'armement antituberculeux doit comporter : un dispensaire (Œuvre Villemin) de dépistage et de triage, sous la direction unique d'un médecin spécialiste, secondé par les visiteuses d'hygiène, permettant à la fois de rendre aux services hospitaliers les

malades qui relèvent uniquement de médecine générale et de répartir, suivant leurs formes cliniques et évolutives, les malades entachés de tuberculose, sur les formations spéciales annexes indispensables : préventorium (Institut héliothérapique du Kram), hôpital-sanatorium (à construire sans retard) ; le service spécial de l'Hôpital civil pour les Européens, ainsi que les pavillons nouvellement installés à la Rabta pour les Musulmans ne devant être que des formations provisoires.

e) La prophylaxie en matière de tuberculose est une question d'éducation ; elle sera commencée dès l'école, poursuivie dans les milieux adultes par les visiteuses d'hygiène, des conférences, des affiches, des tracts ; on fera appel à la presse pour vulgariser les principes d'hygiène familiale et collective qui prépareront les voies à l'intervention médicale.

6° Le Trachome ou conjonctivite granuleuse qui, dans les populations du sud tunisien, atteint un pourcentage de 90 à 96 %, nécessite une intervention immédiate du gouvernement.

a) Actuellement, le corps médical de colonisation est suffisant pour la lutte antitrachomateuse, chaque poste pouvant fonctionner comme dispensaire anti-ophtalmique « Bit el Aïnin », soit pour le traitement sur place, soit pour l'hospitalisation des cas courants.

b) Au dispensaire seront rattachées des équipes mobiles, opérant dans les régions les plus contaminées et éloignées des centres médicaux, pour soigner

uniquement les cas bénins, effectuer des tournées de dépistage et diriger sur le dispensaire régional les cas plus avancés, le médecin de colonisation y effectuant un triage, gardant ceux qui relèvent de ses soins et dirigeant sur le centre ophtalmologique les cas graves.

c) Mais l'ouverture et le fonctionnement régulier des dispensaires et des consultations pour les maladies des yeux dans le Sud sont eux-mêmes subordonnés à la création à Sfax et à Gafsa de deux centres ophtalmologiques, sous la direction de spécialistes qualifiés. Il leur appartiendra de surveiller les dispensaires régionaux, d'opérer les cas graves, de guider les médecins de colonisation, de diriger et de coordonner l'ensemble du service antitrachomateux régional.

d) Nécessité de la coopération des pouvoirs publics pour contraindre les négligents ou les récalcitrants à se faire traiter, car ils représentent un danger public.

e) Pour faire rétrocéder cette affection, il n'est pas suffisant d'avoir des consultations et des dispensaires oculaires, il y a un intérêt capital à éduquer les jeunes générations, à leur enseigner les dangers que courent journellement leurs yeux, leur apprendre à se préserver de la contagion et à reconnaître ses premiers symptômes.

f) Pour cet enseignement scolaire, faut-il encore instruire les futurs maîtres d'école eux-mêmes au

cours de leurs études à l'Ecole normale, cet enseignement antitrachomateux est d'ailleurs en cours d'organisation et de réalisation. Il serait à souhaiter qu'ayant découvert un cas, ils le signalent à la municipalité qui, sur réquisition, adresserait le médecin à la famille, pour examen d'yeux.

g) Nécessité d'une surveillance et d'un contrôle médical hebdomadaire de tous les enfants des écoles et consignation de celle-ci aux contagieux.

h) Imposer enfin aux matrones la déclaration obligatoire des cas qu'elles sont appelées à constater, et ce, sous peine de sanctions.

7° Le Paludisme occasionne chaque année des épidémies massives meurtrières ; la lutte antipaludique doit être entreprise rationnellement.

Elle comporte deux temps :

1) Destruction de l'agent de transmission.

a) Supprimer le moustique en détruisant les gîtes à anophèles par le drainage des points d'eau stagnante et l'amendement du sol ; supprimer ses larves par le désherbage, le drainage des nappes d'eau et l'utilisation des animaux antilarvaires.

b) Protéger la maison contre l'invasion des moustiques, en la construisant sur une hauteur, avec de vastes espaces dénudés à l'entour, par l'élevage d'animaux domestiques attirant les moustiques, par des grillages à mailles fines aux portes et fenêtres.

c) Protection individuelle par l'emploi d'une moustiquaire.

2) Amender les réservoirs à virus.

Procédés d'ailleurs insuffisants, si l'on ne combat pas les nombreux réservoirs à virus que constituent les anciens impaludés par une quininisation préventive, imposée aux impaludés séjournant dans un milieu à moustiques, sous la responsabilité des cheiks ou des chefs d'entreprises et contrôlée par des examens médicaux extemporanés et inopinés.

8° La Déclaration obligatoire des maladies épidémiques et contagieuses restera inopérante tant que les mesures prophylactiques qui en sont le corollaire ne pourront être déclanchées en même temps ; il est donc urgent de créer des centres de désinfection dans les grands centres urbains : matériel et personnel font actuellement défaut, des crédits doivent être votés sans retard pour recruter l'un et acheter l'autre.

Il faut aussi envisager pour les banlieues des équipes de vaccinateurs-désinfecteurs, munis d'un matériel *ad hoc* facilement transportable à dos de mulet et devant se suffire à lui-même. Elles auront pour but de parcourir le pays, en temps normal, pour soumettre tous les individus sans exception à la vaccination jénérienne et, en temps d'épidémies, de se porter sur les points menacés pour y appliquer les mesures prophylactiques qui s'imposent.

9° La multiplicité et la diversité des branches où l'assistance médico-sociale aura à s'exercer, le carac-

tère confidentiel qui s'impose en certains cas, les conflits qui ne manqueront pas de surgir dans l'application des mesures prophylactiques, nécessitent la création d'un office central de l'Hygiène et de la Santé publiques. Un tel organisme doit avoir une autonomie propre, un budget particulier, une administration distincte, ses coudées franches sans l'ingérence ou l'obstruction souvent voulue des services voisins, ayant à sa tête un directeur dont la voix sera non plus simplement consultative mais délibérative et impérative.

La Direction de l'Hygiène, actuellement simple bureau rattaché à celui de l'Intérieur, est tout indiqué pour assumer cette tâche et endossée les responsabilités, pour prendre et appliquer toutes les mesures d'hygiène nécessaires et qui s'imposent impérieusement, mais son efficacité restera subordonnée à l'autorité et à la libre action qui seront dévolues à son chef.

Nous sommes heureux et fier de nous trouver, d'ailleurs, en conformité de pensée et de sentiment avec M. A. Sarraut, ministre des Colonies, qui, considérant à la fois les devoirs et le rôle moral de la France dans le monde, ainsi que son intérêt immédiat à l'accroissement de sa production coloniale, et envisageant les moyens de satisfaire à ces deux postulats, expose, dans son ouvrage : « *La mise en valeur des colonies françaises* », un plan d'action analogue à celui que nous préconisons.

« La France doit envisager ses devoirs non seulement vis-à-vis d'elle-même, mais vis-à-vis de l'Europe et de l'univers, et je crois ardemment que son génie bienfaisant peut exercer sur la paix du monde et le progrès humain une influence décisive, par l'effet des hautes et généreuses disciplines morales qui composent sa tradition d'altruisme. C'est avec elles, en effet, qu'elle a créé la confiance et l'ordre. Ce qui caractérise, à cet égard, sa politique coloniale et lui confère une physionomie propre, c'est son sens d'humanité ; elle procède essentiellement de la grande idée de la solidarité humaine.

« La France qui colonise ne travaille pas que pour elle ; son avantage se confond avec celui du monde, son labeur doit, autant qu'à elle-même, profiter aux colonies dont elle assure l'accroissement économique et le développement humain.

« Le seul droit qu'elle veuille reconnaître, c'est celui du fort à protéger le faible.

« L'expérience a montré que l'accroissement de la production coloniale est surtout une question de main-d'œuvre, de préservation de la population et de la natalité, conditionnée par une œuvre large d'hygiène, d'assistance médicale, d'instruction.

« L'assistance médicale, c'est-à-dire la conservation de la race. C'est notre devoir, à coup sûr, et le plus haut, de préserver les populations que nous gouvernons et de leur assurer la santé, l'hygiène, les forces de la vie. Mais c'est aussi, on pourrait même dire c'est surtout notre intérêt le plus immédiat et le plus terre à terre.

« Car toute l'œuvre de colonisation, toute la besogne de création, de richesse, est dominée, aux colonies, par la question de « main-d'œuvre » : c'est la clef de voûte de l'édifice économique qu'il faut bâtir. Dans nos possessions extérieures, qui ne peuvent être, sauf certaines régions de l'Afrique du Nord, des colonies de grande immigration française, c'est une nécessité absolue, non seulement de maintenir, mais d'accroître la main-d'œuvre indigène existante. L'exécution des grands travaux entrepris ou projetés, l'augmentation de centres qui en résultera, le développement des industries qui en

sont la suite logique, tout cela réclame une masse de travailleurs considérable et dont la demande ira croissant. L'entretien même des grands travaux qui seront exécutés — on oublie parfois cette considération — va immobiliser, dans l'avenir, un contingent de main-d'œuvre de plus en plus élevé, que l'on ne pourra pas enlever aux besoins de la colonisation privée, agricole ou industrielle, sous peine de la paralyser. Déjà, elle se plaint, sur bien des points, de manquer de bras.

« D'où nécessité d'organiser et de poursuivre méthodiquement, selon un « plan de campagne » nettement dressé dans chaque colonie, la lutte énergique contre les maladies, les épidémies, les fléaux de toutes sortes qui, sur certains territoires, ceux d'Afrique notamment, déciment terriblement les populations autochtones, font périr les êtres humains par milliers ; nécessité de combattre partout l'énorme mortalité infantile et la mortinatalité ; nécessité en conséquence d'augmenter partout le nombre des formations hospitalières, des dispensaires, des maternités, des ambulances, d'organiser l'assistance mobile qui, des grands centres, transportera le soin médical dans les brousses lointaines où s'essaient les populations déshéritées ; nécessité de développer l'hygiène générale et la prophylaxie ; nécessité d'accroître à la fois — comme on s'y emploie en ce moment — le nombre des praticiens français et des auxiliaires indigènes, médecins, infirmiers, sages-femmes, qui sont, dans chaque colonie, les exécutants du plan de campagne que la civilisation poursuit contre les maux destructeurs de la race. Nécessité, en un mot, de conserver et d'augmenter le capital humain pour faire travailler et fructifier le capital argent. »

Conclusions.

I. — La France se doit d'apporter à la Tunisie les bienfaits de son assistance médico-sociale, pour enrayer les fléaux qui la déciment, diminuer sa mortalité et sa mortalité infantile par une hygiène raisonnée.

II. — Le médecin de colonisation est le plus qualifié pour en poser les règles et guider son intervention ; l'efficacité de son action est soumise à sa connaissance de la langue arabe et à l'appui que lui apporte le gouvernement.

III. — La femme enceinte et la première enfance sont encore insuffisamment protégées en Tunisie ; il faut installer et généraliser, à défaut de « Maternités », dans un local spécial et discret, des consultations gratuites, à l'instar du « Dar-Zarouk » ; il faut créer des sages-femmes de colonisation ou des auxiliaires sages-femmes indigènes, supprimer radicalement les matrones ou leur imposer un stage obligatoire qui les sélectionnera ; il faut enfin encourager la natalité et les familles nombreuses.

IV. — La prophylaxie antisyphilitique doit comporter le traitement systématique des malades et pour ce : étendre et augmenter les distributions d'agents thérapeutiques faites par le gouvernement pour les indigents ; généraliser à toutes les prostituées de Tunisie la méthode du laboratoire régional de Sousse ; faire en même temps de la prophylaxie individuelle à la fois morale et éducative.

V. — L'armement antituberculeux en Tunisie n'est encore qu'ébauché : le dispensaire (Œuvre Villemin actuelle) doit être uniquement un organisme de dépistage (visiteuses d'hygiène) et de triage, sous la direction unique d'un spécialiste ; le préventorium doit rester ce qu'il est (Institut héliothérapique du Kram) ; il faut construire sans retard un hôpital-sanatorium, le service spécial de l'Hôpital civil et les pavillons de la Rabta ne devant être que des formations provisoires. Prophylaxie éducative à l'école et dans la famille (visiteuses d'hygiène, conférences, affiches, tracts).

VI. — La lutte contre le trachome doit s'entreprendre sans retard et comporter : un dispensaire anti-ophtalmique régional, sédentaire et permanent, secondé de brigades mobiles ; son corollaire indispensable est l'hôpital ophtalmologique, sous la direction d'un spécialiste. Prophylaxie éducative surtout scolaire.

VII. — Le paludisme affecte, en Tunisie, le caractère de maladie sociale par l'étendue de ses ravages ;

la lutte antipaludique doit comporter la destruction de l'agent vecteur : le moustique, et l'amendement des porteurs de germes ou réservoirs à virus, par la quininisation préventive, imposée et contrôlée.

VIII. — La déclaration des maladies épidémiques et contagieuses n'a d'utilité et d'action que si elle déclanche des mesures prophylactiques appropriées, aussi faut-il créer, dans les grands centres urbains, des services de désinfection et des équipes de vaccinateurs-désinfecteurs pour les banlieues.

IXi — La Direction de l'Hygiène auprès du gouvernement ne doit pas être purement nominale, ni un simple bureau, mais elle doit être autonome, libre de ses actes et forte de ses responsabilités ; à ces seules conditions, elle pourra être vraiment agissante et jouer son rôle de conseillère et d'assistance.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE

Vu : P. COURMONT

LE DOYEN,

Jean LEPINE

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 20 Mars 1924

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
CAVALIER

Index bibliographique.

Hygiène.

- COURMONT (J.). — Questions d'Hygiène. *Monde Médical*, 1910.
- COURMONT (P.) et ROCHAIX. — Précis d'Hygiène, Maloine, 1921.
- DÉCRETS DU 5 ET DU 15 MAI 1922. — *Office International d'Hygiène Publique*. T. XIV, 1922.
- DINGUIZLI. — Réformes hygiéniques à introduire dans les mœurs musulmanes en Tunisie. Imprimerie de la Presse, 1919.
- Islamisme et Hygiène Moderne. *Presse Médicale*, 1923.
- PARROT (L.). — Connais tes devoirs de père. Conseils d'Hygiène pratique aux Indigènes musulmans d'Algérie. *La Nipologia*. T. VI, 1920.

Assistance médicale.

- ASTRUC. — Les Pratiques révulsives chez les Musulmans de l'Afrique du Nord. *Thèse de Toulouse*, 1912.
- BÉCHIR-SFAR. — Assistance publique musulmane, 1896.
- BRUNSWIC-LE-BIHAN. — L'Assistance médicale des Indigènes de Tunisie et les auxiliaires médicaux. *Communication faite au Congrès de Géographie*, 1914.
- L'Hôpital Sadiki et l'Assistance médicale indigène en Tunisie, *Presse Médicale*, 17 juin 1905.

- CHATINIÈRES (P.). — Dans le grand Atlas marocain.
- COMBY (J.). — La Médecine française en Tunisie. *Presse Médicale*, juin 1922.
- COUDRAY. — L'Hôpital Sadiki et la Pathologie chirurgicale indigène en Tunisie. *Thèse* de Montpellier, 1914.
- GOMMA. — L'Assistance médicale en Tunisie, 1909.
- . Essai sur l'Histoire de la Médecine et de l'Hygiène publique dans la Régence. *Thèse* de Bordeaux, 1904.
- LEMANSKI. — L'Assistance publique en Tunisie, 1897.
- Psychologie de la femme musulmane. *Tunisie Illustrée*, 1912-1913.
- L'Hygiène du Colon.
- Mœurs arabes.
- MATIGNON. — L'Art médical en Tunisie. *Thèse* de Bordeaux, 1901.
- TRISCA (P.). — Les Médecins sociologues et hommes d'Etat. Librairie Alcan.
- SARRAUT. — La mise en valeur des Colonies françaises, Payot, Paris, 1923.
- VILLAIN (de Tozeur). — Ques aspects de la vie du Médecin de colonisation dans le Sud tunisien. *Paris Médical*, octobre 1921.
- WIEHN (G.). — Le Service médical dans le bled et les Internes des Hôpitaux de Tunisie.
- BRUCH. — Rapport sur la nécessité d'instituer la surveillance des nourrissons. *Puériculture*, 19054.
- BOUHAGEB. — Accouchement et Avortement en Tunisie. *Thèse* de Bordeaux, 1901.
- CORAN (Le). — Traduction Savavi. Granier, Paris.
- DINGUIZLI. — Hygiène de la première enfance chez les Indigènes tunisiens. Imprimerie de la Presse, Tunis, 1919.
- DURANT (G.). — Le Nourrisson en Tunisie. *Thèse* de Lyon, 1912.
- SIDI-KHALIL. — Extrait in *Archives de Thérapeutique et d'Assistance coloniale*, 1910 et 15 février 1911.
- STRAUSS (P.). — Loi du 27 juin 1913, sur l'aide et la protection aux femmes en couches.

Syphilis

- Arrêté type réglementant la police sanitaire spéciale. Tunis, 1922.
- BROC. — Méningite latente et syphilis nerveuse chez les Indigènes musulmans tunisiens. *Tunis Médical*, oct. 1921.
- BROC et BIECHELER. — Un cas de syphilis nerveuse. Tabès frustre. *Revue Tunisienne des Sciences Médicales et Tunis Médical Réunis*, 1923.
- DIACONO (H.). — Rapports du Laboratoire régional de Sousse. 1921-1922-1923.
- DROUIN (H.). — La Syphilis et le Praticien. Vigot frères, Pairs, 1923.
- LACAPÈRE. — La Syphilis arabe. Maloine, 1923.
- POROT. — Ataxie locomotrice et paralysie générale. *Tunis Médical*, oct. 1920.
- Programme minimum de la Direction de l'Hygiène.

Tuberculose.

- BAQUÉ (B.). — Hygiène générale et tuberculose dans les oasis du Souf. *Arch. Inst. Pasteur. Afr. Nord*, t. I, n° 3, sept. 1921.
- BERNARD (L.). — La tuberculose pulmonaire. Masson, 1921.
- BERNARD (L.) et POIX (G.). — L'armement antituberculeux français. *Presse Médicale*, mars 1922.
- BRUNSWIC-LE-BIHAN. — La tuberculose chez les Arabes. *Congrès International de la Tuberculose*, Paris, 1905.
- CALMETTE. — Enquêtes sur l'épidémiologie de la tuberculose dans les Colonies françaises. *Annales de l'Institut Pasteur*, juillet 1912.
- CALMETTE (A.). — L'infection bacillaire et la tuberculose chez l'homme et les animaux. Masson, Paris 1920.
- DEBRÉ. — La prophylaxie et la tuberculose à l'âge pré-scolaire. *Bull. du Comité Inter. de défense contre la tuberculose*, sept.-oct. 1922.

- GUINARD (L.). — Organisation et fonctionnement des dispensaires d'Hygiène sociale. *Revue d'Hygiène et de Police sanitaire*, t. XLIII, nov. 1921.
- HENRY (A.). — La lutte antituberculeuse en France et en Tunisie. *Revue Tunisienne des Sciences Médicales et Tunis Médical réunis*, déc. 1922.
- JAME (L.). — Etude de l'infection tuberculeuse en milieu nomade. *Arch. Inst. Pasteur, Afr. Nord*, t. II, 1922.
- KERMOGANT. — La tuberculose dans les colonies françaises et plus particulièrement chez les Indigènes. *Ann. d'Hyg. et de Médecine coloniales*, 2^e trimestre, 1906.
- LYLE CUMMINS I.S.J. — La tuberculose chez les tribus primitives et sa relation à la tuberculose des pays civilisés. *Revue Intern. Hyg. Publique*, vol. I, pp. 145-181.
- MARTIN (A.). — A propos des rapports entre les dispensaires antituberculeux et les médecins praticiens : le dispensaire organe de diagnostic. *Presse Médicale*, 30 juin 1923.
- MARTIN (Ed.). — Dispensaires antituberculeux et médecins traitants. *Presse Médicale*, 4 novembre 1922.
- MOUISSET. — Lutte contre la tuberculose : nécessité de la collaboration des médecins par les dispensaires d'Hygiène sociale. *Presse Médicale*, 10 mars 1923.
- PARROT (L.) et FOLEY (H.). — L'Infection tuberculeuse chez les Indigènes musulmans d'Algérie. *Arch. Inst. Pasteur Afr. Nord*, t. II, n° 1, mars 1922.
- Programme minimum de la Direction de l'Hygiène.
- RABINOWITSCH-KEMPER. — Le rôle des animaux domestiques dans la propagation de la tuberculose. *Zeitschrift für Tuberculose*, t. XXXIV, fasc. 7, oct. 1921.
- SANARELLI (G.). — Tuberculose ed Evoluzione sociale. Milano, 1913.
- SCIALOM (D.). — La tuberculose chez les Israélites tunisiens. *Revue Tunisienne des Sciences Médicales*, fév. 1921.

Trachome.

Bulletin de l'Office International d'Hygiène.

Congrès colonial de la Santé Publique. — Compte rendu de la séance du Trachome. La prophylaxie de l'ophtalmie granuleuse. La ligue contre le Trachome, 15 sept. 1922, Marseille.

CUÉNOD (A.). — Le Trachome ou Conjonctivite granuleuse en Tunisie.

GOBERT. — Le Kohl.

JALABERT. — Contagion de l'ophtalmie granuleuse. *Thèse* de Montpellier, 1895.

NICOLLE (Ch.) et CUÉNOD (A.). — Etude expérimentale du Trachome. *Arch. Inst. Pasteur Afr. Nord*, t. I, 1921, n° 2.

NICOLLE (Ch.), CUÉNOD (A.) et BLAISOT. — Etude expérimentale du Trachome. *Annales d'Oculistique*, juin 1921.

— Note sur les affections oculaires causées par les logements insalubres. *Bull. Soc. des Sciences Médicales de Tunis*, mai 1904.

PETIT (P.-J.). — Recherches sur le Trachome en Tunisie. Premier mémoire. *Annales d'Oculistique*, août 1921. Deuxième mémoire. *Annales d'Oculistique*, mai 1922.

PARROT (L.). — La lutte contre le Trachome en milieu indigène rural. *Arch. Inst. Pasteur Afr. Nord*, t. I, n° 1, 1921.

TRUC (H.). — Contagion du Trachome. *Semaine Médicale*, 1893.

— Moyens d'éviter la cécité à l'école. *Congrès Inter. Hygiène Sociale*, 1911.

— Considérations cliniques sur l'ophtalmie granuleuse. *Revue générale d'ophtalmologie*, 1914.

Paludisme.

LEGENDRE (J.). — L'élevage et l'hygiène. *Presse Médicale*, juillet 1923.

SERGET (Ed. et E.). — Prophylaxie du Paludisme en Corse. *Arch. Inst. Pasteur Afr. Nord*, t. II, fasc. 4, 1922

RIVET (L.). — Le Paludisme et la Peste au Maroc. *Presse Médicale*, août 1923.

ROUBAUD. — Les Animaux domestiques et le Paludisme. *Bulletin Soc. Pathol. exotique*, t. XIV, nov. 1921.

SERGET (Et.). — Assainissement naturel d'une localité paludéenne du Limousin. *Arch. Inst. Pasteur Afr. Nord*, t. II, fasc. 4, 1922.

VIALATTE (C.). — Le Paludisme au Maroc. *Arch. Inst. Pasteur Afr. Nord*, t. II, fasc. 4, 1922.

— Le Paludisme en Tunisie. *Revue Tunisienne des Sciences Médicales*, mars 1922.

Table des Matières

Avant-propos	11
------------------------	----

PREMIÈRE PARTIE

Considérations générales sur la Tunisie et sa démographie; sur la vie du Médecin de colonisation dans ses rapport avec l'indigène

I. — La démographie indigène et la mortalité en Tunisie : ses causes.	19
§ 1 - Mouvement de la population indigène de 1901 à 1921.	19
§ 2 - La mortalité infantile en Tunisie	20
Statistique	20
Ses causes	22
§ 3 - La mortalité adulte en Tunisie et les non-valeurs	23
II. — L'hygiène et l'assistance médicale sauvegardes de la race	24
§ 1 - L'Hygiène sociale	24
§ 2 - L'assistance médicale	25
III. — Le médecin de colonisation dans ses rapports avec l'indigène.	26
§ 1 - Son action médicale : ses moyens	27
§ 2 - La clientèle indigène et sa mentalité	29
§ 3 - Son rôle social : le médecin conseiller et éducateur d'hygiène.	30
§ 4 - L'indigène et le médecin ; de la nécessité de savoir parler l'Arabe	33

DEUXIÈME PARTIE

La pratique de l'Hygiène sociale en Tunisie; ce qu'elle est, ce qu'elle doit-être

<i>Chapitre premier. — La Protection de la femme enceinte et de la première enfance</i>	<i>41</i>
I. — Protection de la femme enceinte; pourquoi est-elle en danger.	41
§ 1 - Veiller sur la mère, c'est sauvegarder la race.	41
§ 2 - Les matrones en Tunisie; leurs privilèges, leur rôle.	42
§ 3 - L'art des accouchements en Tunisie	44
a) Les préparatifs	44
b) L'expulsion	45
c) La délivrance et les soins <i>post partum</i>	47

II. — Que deviennent la mère et l'enfant ?	48
III. — La première enfance en Tunisie : la pathologie infantile.	49
§ 1 - La mortalité : ses causes	49
§ 2 - L'allaitement en Tunisie et la mortalité infantile	50
§ 3 - L'alimentation mixte trop précoce : ses dangers	53
IV. — Les œuvres de protection	55
§ 1 - Ce qui existe	56
§ 2 - L'expérience de Kairouan : <i>Dar Zaronk</i>	58
§ 3 - Les mesures qui s'imposent	61
Chapitre II. — <i>La Syphilis en Tunisie</i>	67
I. — La syphilis maladie sociale spécifique et contagieuse.	68
§ 1 - La syphilis n'est pas une maladie honteuse	68
§ 2 - Les dangers de cette appellation.	69
§ 3 - Son étiologie, les facteurs de son développement, sa mor- phologie en Tunisie	70
II. — La lutte antisiphilitique en Tunisie; état actuel	73
§ 1 - Les dispensaires antisiphilitiques, l'aide du Gouvernement pour les indigents	74
§ 2 - La prophylaxie antisiphilitique chez les prostituées	77
a) L'expérience du laboratoire régional de Sousse	78
b) La nouvelle réglementation de police spéciale; ses avan- tages, les améliorations apportées	90
III. — La prophylaxie antisiphilitique rationnelle	97
§ 1 - Prophylaxie collective par traitement systématique des malades; collaboration étroite de la clinique et du labora- toire	97
§ 2 - Prophylaxie morale et éducative et prophylaxie individuelle.	101
Chapitre III. — <i>La Tuberculose en Tunisie</i>	103
I. — La Tuberculose maladie sociale	103
§ 1 - La tuberculose et l'avenir de la race	104
§ 2 - Le milieu tuberculeux, le taudis; ses répercussions : la conta- gion et la diffusion	106
II. — L'armement antituberculeux en Tunisie	109
§ 1 - Le dispensaire antituberculeux <i>L'Œuvre Villemin</i>	111
§ 2 - Le préventorium <i>L'Institut Héliothérapique du Kram</i>	115
§ 3 - Les services hospitaliers pour tuberculeux	116
III. — La lutte antituberculeuse à envisager !	118
§ 1 - Le dispensaire antituberculeux : son but, son action, son fonctionnement, comment y adapter <i>L'Œuvre Villemin</i>	118
§ 2 - Le préventorium : maison de plein air pour les enfants.	123
§ 3 - L'hôpital-sanatorium pour tuberculeux : sa nécessité	125

IV. — La prophylaxie éducative, individuelle	127
V. — La prophylaxie collective et urbaine	130
§ 1 - Surveillance de la salubrité du logement	130
§ 2 - Surveillance et répression des toxicomanies : alcoolisme et stupéfiants	132
<i>Chapitre IV. — Le Trachome en Tunisie</i>	135
I. — Le trachome, maladie sociale, ses ravages en Tunisie.	135
II. — Comment se propage le trachome	138
III. — La lutte antitrachomateuse, ses difficultés	141
§ 1 - Pourquoi sa déclaration ne peut-elle être, encore, obligatoire ?	141
§ 2 - Les difficultés d'une prophylaxie sanitaire	142
IV. — Comment envisager la lutte, les facteurs de son succès	143
§ 1 - Les brigades mobiles, leur rôle	144
§ 2 - Le dispensaire antitrachomateux, sédentaire et permanent, pourquoi ?	145
§ 3 L'hôpital ophtalmologique, son but, sa nécessité en Tunisie	147
V. — La Prophylaxie individuelle, scolaire, familiale	149
<i>Chapitre V. — Le Paludisme en Tunisie</i>	153
I. — La question du paludisme en Tunisie	153
II. — L'influence des conditions atmosphériques et topographiques sur la diffusion du paludisme	155
III. — La lutte antipaludique, comment il faut l'envisager ?	159
§ 1 - La destruction des moustiques et des larves.	159
a) Amendement du sol	160
b) Poissons et tritons dans la lutte antilarvaire	161
c) Les animaux domestiques, écran contre les moustiques.	164
§ 2 - De l'habitation et la protection individuelle	165
§ 3 - L'amendement des porteurs de germe; la quininisation préventive	167
<i>Chapitre VI. — Les Décrets Tunisiens du 5 et du 15 Mai 1922. - La Direction de l'Hygiène</i>	171
I. — La Déclaration des maladies épidémiques en Tunisie	171
II. — Les vaccinations obligatoires. - La variole en Tunisie	181
III. — Les corollaires de la déclaration obligatoire	187
IV. — Une direction d'Hygiène autonome, pourquoi ?	190

TROISIÈME PARTIE

Considérations générales sur le plan de campagne de l'action médico-sociale en Tunisie. — Conclusions

Résumé général	195
Conclusions	209
Index bibliographique	213
